UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934 — N° 124

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC chez l'Enfant

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Mars 1934

PAR

Joseph-Pierre DEPIERRIS

Ancien interne provisoire des Hôpitaux

Né à Bordeaux (Gironde), le 20 Juin 1907

Examinateurs de la Thèse

MM. ROCHER, professeur ..... *Président.*

ANDÉRODIAS, professeur } *Juges*

LOUBAT, agrégé ..... } *Juges*

RIVIÈRE, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934 — N° 124

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC chez l'Enfant

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Mars 1934

PAR

Joseph-Pierre DEPIERRIS

Ancien interne provisoire des Hôpitaux

Né à Bordeaux (Gironde), le 20 Juin 1907

Examinateurs de la Thèse :

MM. ROCHER, professeur ..... *Président.*
ANDÉRODIAS, professeur
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
RIVIÈRE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. ..... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM
Clinique médicale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.. ..	DUPÉRIÉ. CHAVANNAZ. BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	SABBAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Physiologie	PACHON.
Hygiène.....	LEURET.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU
Chimie	CHEVRIE.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale..	N
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique gynécologique...	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie ..	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT
Hydrologie thérapeutique et climatologie..... ..	CREYX
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie.....	FABRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN DAMADE PIECHAUD DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale.....	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Physique médicale.....	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements...	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)

	MM.
Puériculture	FAUGERE
Pharmacie chimique	N.
Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire ..... DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE MATERNELLE

Avec toute l'immense reconnaissance
que je lui dois.

A MON PERE — A MA MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Agrégé **LOUBAT**

Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre

qui nous a prodigué avec sa bienveillance coutumière ses conseils et ses encouragements. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H.-L. ROCHER

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Membres des Sociétés internationales de chirurgie et d'orthopédie,
Membre correspondant de la Société Nationale de chirurgie,
Membre des Sociétés italienne, polonaise et belge d'orthopédie,
Membre des Sociétés de pédiâtrie de Paris et de Madrid,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,

Mon cher Maître,

Vous nous avez accueilli dans votre service et vous avez guidé l'inexpérience d'un jeune externe, vous nous faites aujourdui l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Soyez assuré de nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Alors que nous arrivions au terme de nos études médicales, il nous a été donné d'observer dans le service de M. le Professeur agrégé Loubat, à l'Hôpital des Enfants, un petit malade atteint de sténose pylorique dûe à un ulcère de l'estomac et opéré avec succès.

La rareté du cas nous a frappé, et, après nous être documenté sur la question, nous avons pensé qu'il serait intéressant de consacrer notre thèse à ce sujet, ou plus généralement à l'étude de l'ulcère de l'estomac chez l'enfant, de la naissance à l'âge de 15 ans. L'ulcère des jeunes est en effet une affection peu étudiée, sinon peu connue — du moins en France — et considérée à tort comme rarissime, sur la foi des traités classiques qui ou bien n'en parlent pas ou bien lui consacrent, sans grande conviction, quelques lignes rapides. A la suite de recherches soigneuses dans la littérature médicale, nous avons pu réunir 53 cas d'ulcères de l'estomac chez des enfants âgés de un jour à quinze ans, tous cas vérifiés à l'intervention ou à la nécropsie, donc incontestables. Nous avons cru devoir nous en tenir à ces cas absolument certains, et, de ce fait, éliminer d'une part, les cas purement médicaux dont l'authenticité, bien que fréquemment ne pouvant guère être mise en doute, ne reposait que sur des bases cliniques, et d'autre part un certain nombre de cas sur lesquels nos renseignemens nous ont paru insuffisants.

Lorsque nous avons entrepris ce travail, nous basant sur les

analogies qui existent au point de vue clinique entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum dans la seconde enfance, il entrait dans nos plans de traiter en même temps ces deux affections, mais nous avons dû renoncer à cette manière de voir, étant donné les différences essentielles tant étiologiques qu'anatomo-pathologiques qui séparent ces deux processus chez le nourrisson.

En conséquence, après un rapide historique de la question, nous rapporterons l'observation originale de M. le Professeur agrégé Loubat, puis nous résumerons, dans leurs traits essentiels, les observations que nous avons recueillies. Après quoi, nous nous proposons d'étudier, sur ces données, les circonstances étiologiques et pathogéniques, l'anatomie pathologique des ulcères de l'enfant et, à ce propos, de tenter un essai de classification. Après quoi, nous étudierons avec quelque détail, la symptomatologie, l'évolution, les formes cliniques, les complications de cette affection, et son diagnostic, en particulier le diagnostic radiologique. Le traitement nous retiendra moins longtemps, car il ne nous a pas paru différer sensiblement de celui de l'ulcère de l'adulte.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur agrégé Loubat, qui a eu l'obligeance de nous prêter l'observation originale objet de notre thèse, et dont les encouragements et les conseils nous ont toujours été d'un précieux concours.

N. B. — Il est un certain nombre d'observations que, pour des raisons matérielles, nous n'avons pu nous procurer. Par souci d'être complet, nous avons cependant relevé et mentionné leur bibliographie exacte que l'on pourra retrouver à la fin de notre travail, ainsi que les références complètes de la plupart des cas médicaux signalés dans la littérature.

HISTORIQUE

L'existence de l'ulcère de l'estomac dans l'enfance est connue depuis longtemps puisque les premières observations publiées remontent à 1828 (cas de Billard, Paris) pour le nourrisson, et à 1843 (cas de Rufz, Paris) pour l'enfant. Par la suite, Donné (Paris, 1843), Buzzard (Londres, 1861), Guntz (Vienne, 1862), Verliac (Paris, 1865), Reimer (Leipzig, 1876), Goodhart (Londres, 1881), Chvostek (Stuttgart, 1882), Wertheimber (Leipzig, 1882), Erôss (Leipzig, 1883), Barlow (Londres, 1887), Cocks (Brooklyn, 1891), Caldi (Milan, 1892), Colgan (Philadelphie, 1892), O'Farrel (Londres, 1894), Leith (Philadelphie, 1895), Hibbard (Boston, 1897), Fenwick (Philadelphie, 1897), Cade (Paris, 1898) publient d'autres observations isolées d'ulcérations de l'estomac chez l'enfant. Mais il s'agit chaque fois, sauf dans l'observation de Wertheimber qui constitue le premier exemple d'ulcère diagnostiqué et guéri médicalement chez un enfant, de trouvailles d'autopsie. Et les auteurs se bornent à signaler le cas clinique — symptômes digestifs plus ou moins indéterminés, péritonite ou hémorragie ayant entraîné la mort — et à en souligner l'extrême rareté. L'ulcère de l'enfant, pour la plupart des auteurs, n'est pas encore rentré dans le cadre de l'ulcère chronique classique, tel qu'il a été décrit chez l'adulte par Cruveilhier, et ne saurait être considéré que comme une lésion d'exception que sa rareté même rend à peu près impossible à identifier cliniquement.

Cutler (de Boston), en 1904, cite les observations de trois

petits malades, chez lesquels il fit le diagnostic d'ulcère de l'estomac, et qu'il guérit médicalement par un régime et une thérapeutique appropriés. Dans une série d'articles qu'il consacre à cette question, il rapporte en outre la plupart des cas publiés à ce jour, cas qu'il divise en ulcères aigus, propres à l'enfant, et en ulcères chroniques, communs à l'enfant et à l'adulte.

En 1904, Watson-Cheyne et Wilbe, de Londres, rapportent le premier cas publié de guérison chirurgicale. Stowell (de New-York) en 1905 et Adler (de New-York) en 1907 ajoutent quelques cas et tentent un nouvel essai de classification, éliminant notamment les érosions hémorragiques, les ulcérations tuberculeuses et un certain nombre d'autres lésions spécifiques.

En 1908, Parmentier et Lasnier, à propos d'un cas personnel, traité et guéri médicalement, font paraître une étude détaillée sur l'ulcère simple chronique de l'estomac chez l'enfant qui résume l'état de la question à cette époque, et Lasnier, en 1909, soutient sa thèse de doctorat devant la Faculté de médecine de Paris sur le même sujet. L'ulcère chronique de l'estomac chez l'enfant est encore considéré comme très rare, puisque Lasnier n'en rencontre que 17 cas publiés dans la littérature médicale mondiale, les symptômes sont généralement frustes ou en petit nombre, les formes latentes qui se terminent par une perforation sont les plus fréquentes, le diagnostic est presque toujours méconnu, le pronostic est effroyablement grave puisque le petit malade est emporté dans la majorité des cas par une péritonite généralisée après perforation.

Il n'est question dans ce travail que de l'ulcère chronique, de l'ulcère de Cruveilhier ordinaire évoluant chez un enfant et les formes aiguës sont encore englobées dans la classe confuse des ulcérations à étiologie plus ou moins indéterminée.

Cackovic, de Berlin, en 1912, rapporte plusieurs observations personnelles d'ulcères chroniques opérés et guéris par l'intervention, et discute l'étiologie et la pathologie de l'ulcère chez l'enfant.

Mathieu, en 1914, dans une série d'articles sur la pathologie

de l'ulcus en général, consacre une place importante à l'ulcère chez les jeunes : il déclare que l'on doit regarder l'ulcus des enfants et des adolescents comme beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait autrefois, et, tout en maintenant la distinction classique entre ulcères — chroniques par essence — et ulcérations — à allure aiguë —, montre, avec observations à l'appui, la possibilité d'ulcères vrais chez le tout jeune enfant et même chez le nourrisson; mais surtout, il insiste sur ce fait qu'ils sont presque toujours méconnus, et il recommande de ne pas passer à côté d'un ulcère, comme on l'a fait trop souvent, en se laissant tromper par exemple par un diagnostic trop facile d'appendicite chronique.

Theile, de Bâle, rapporte, en 1918 et en 1919, un grand nombre d'observations d'ulcères de l'estomac et du duodénum chez l'enfant, et reprenant une classification ancienne déjà esquissée en 1880 par Kundrat, reprise plus tard par Cutler, les distingue en ulcères aigus secondaires à des infections diverses, propres à la première enfance, et en ulcères chroniques ordinaires, du type de l'ulcère de Cruveilhier, que l'on ne rencontrerait jamais, selon lui, avant la seconde décade de la vie.

Proctor, de Chicago, en 1925, définit ce qu'on doit entendre par ulcère chronique de l'estomac chez l'enfant, à l'exclusion de toutes les ulcérations d'autre nature, et passe en revue la symptomatologie, les formes cliniques et l'évolution de cette affection.

Michaëlsonn, de Uméa (Suède) en 1925, est le premier auteur à rapporter deux cas d'ulcères peptiques du jéjunum après gastro-entérostomie; il critique et réfute la division de Theile ci-dessus mentionnée, notamment en exposant un cas de grand ulcère chronique de l'estomac chez une fillette de deux ans; enfin il insiste sur ce fait que fréquemment on opère d'ulcère de l'estomac des adultes dont les symptômes cliniques d'ulcère peuvent être suivis jusqu'à un âge avancé dans l'enfance.

Shore, de New-York, en 1930, dans un article très docu-

menté, étudie les ulcères aigus de l'estomac chez l'enfant de la naissance à l'âge de 10 ans, particulièrement au point de vue de leur étiologie et de leur pathogénie : ses conclusions nous ont paru un résumé exact des conceptions actuellement admises par tous sur la question.

En 1931, Larget, Lamare et Weyl, du Centre chirurgical de Saint-Germain-en-Laye, publient, à propos d'une observation personnelle, un travail dans lequel ils jettent un coup d'œil d'ensemble sur la fréquence, les causes, les signes, l'évolution et le diagnostic de l'ulcère chez l'enfant

Enfin, en 1933, Mondor, dans la nouvelle édition de son Traité de Chirurgie d'urgence, consacre plusieurs pages au diagnostic des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum dans l'enfance.

Cet article de Mondor, ainsi que ceux de Parmentier et Lasnier, en 1908-09, de Mathieu, en 1914 et de Larget, Lamare et Weyl, en 1931 sont les seuls travaux français importants consacrés à la question de l'ulcère de l'estomac chez l'enfant.

DEFINITION ET CLASSIFICATION

Nous avons montré dans notre historique les différentes étapes de l'étude de l'ulcus des jeunes, de l'origine à nos jours. Bien souvent, cette description aura donné l'impression d'une nomenclature assez confuse; c'est que, aujourd'hui encore, les différents auteurs sont loin d'être d'accord sur ce qu'il convient d'entendre sous ce terme. Et la première difficulté que l'on rencontre, en abordant cette question, c'est de donner de l'ulcère de l'estomac chez l'enfant une définition aussi claire que possible pour supprimer tout équivoque de terminologie.

Nous essayerons de le définir du triple point de vue :

anatomo-pathologique;
clinique;
étiologique et pathogénique.

I. — Du point de vue anatomo-pathologique

Qu'entend-on par ulcère ? Et qu'entend-on par ulcération ? Doit-on faire entrer dans le cadre de l'ulcère toutes les ulcérations que l'on rencontre dans l'enfance ?

Mathieu établit une distinction *a priori* entre ulcères et ulcérations et les étudie séparément :

« Les ulcérations, dit-il, sont des pertes de substance d'évolution aiguë, qui peuvent amener des accidents graves, mortels, par hémorragie ou par perforation. Elles ne sont pas

cependant encore l'ulcus proprement dit, résultant de la persistance prolongée et de la difficulté à guérir des ulcérations baignées par le suc gastrique. Chez le nouveau-né et chez le nourrisson, c'est, la plupart du temps, des ulcérations que l'on trouve; elles peuvent sûrement être le point de départ de l'ulcus, mais elles ne le sont pas encore. »

Shore, par contre, ne fait aucune différence entre ulcère et ulcération. Il comprend sous ce terme les pertes de substance qui intéressent non seulement la muqueuse, mais aussi une partie de la sous-muqueuse et de la musculeuse, et qui, dans certaines conditions, peuvent aller jusqu'à intéresser la séreuse.

Pour notre part, nous ralliant à l'opinion de Shore, nous considèrerons la *profondeur* de la lésion gastrique comme la caractéristique fondamentale de l'ulcus chez le jeune et nous le définirons du point de vue anatomo-pathologique : « *un processus destructif, de nature aiguë ou chronique, intéressant en même temps que la muqueuse gastrique, une ou plusieurs des couches sous-jacentes.* »

En conséquence, et conformément d'ailleurs à l'opinion classique, nous éliminerons de ce fait un certain nombre de lésions diverses localisées à la muqueuse :

— les érosions ponctuées, décrites par Brinton (érosions folliculaires de Cruveilhier) qui se présentent sous l'aspect de petites pertes de substance de la muqueuse, à fond rose ou rouge vif, de la dimension d'une tête d'épingle environ, et qu'on ne rencontre guère qu'au cours des autopsies ;

— les érosions hémorragiques des nouveaux-nés et des nourrissons. Ce sont de petits cratères, dépassant rarement le volume d'une lentille, occupant les couches superficielles de la muqueuse, et ordinairement comblés par un petit caillot de sang noir. Souvent en nombre considérable, ces érosions hémorragiques ne provoquent, en règle générale, aucun trouble grave. Elles semblent avoir leur origine dans une congestion des capillaires gastriques, résultant d'un trouble circu-

latoire lié à une cardiopathie ou à une pneumopathie chroniques ou plus rarement à une obstruction du système porte dû à un syndrome hémorragique caractérisé tel que : purpura, scorbut, hémophilie, ictère, leucémie. Elles ne représentent jamais qu'un épiphénomène et leur pronostic est celui de l'affection causale.

II. — Du point de vue clinique

Les ulcères de l'estomac chez l'enfant peuvent être répartis en deux grandes formes :

les ulcères aigus;

les ulcères chroniques.

Les ulcères aigus que l'on rencontre fréquemment chez le nouveau-né et chez le nourrisson, plus rarement au cours de la seconde enfance, se manifestent d'emblée par des symptômes importants et souvent alarmants chez des sujets bien portants jusque-là et évoluent en quelques jours soit vers la guérison, soit vers la perforation. Les hémorragies graves sont fréquentes.

Les ulcères chroniques de l'enfance, observés seulement à partir de l'âge de deux ans, sont entièrement différents; ils possèdent la même allure générale que les ulcères chroniques ordinaires de l'adulte :

— anatomiquement, par leurs bords infiltrés, épaissis, calleux; par leur base souvent à peine constituée par une mince couche de musculeuse et de séreuse; par leur réaction interstitielle très prononcée; par leur adhérence fréquente aux organes voisins;

— cliniquement, par le même groupe de signes gastriques chroniques et les mêmes complications redoutables.

Theile fait remarquer que, bien souvent, la clinique n'est pas d'accord avec l'anatomie pathologique sur le caractère de chronicité d'un ulcère : tel ulcère, trouvé calleux à l'intervention, sera resté latent jusqu'à la perforation qui a déclanché

l'acte opératoire; tel autre, au contraire, qui évoluait cliniquement depuis des mois, quelquefois des années, se présentera comme taillé à l'emporte-pièce, sans réaction interstitielle, sans adhérences, bref semblera macroscopiquement comme microscopiquement de formation récente.

C'est pourquoi Proctor, associant la clinique à l'histologie, et les complétant l'une par l'autre, considère un ulcère comme chronique :

1° lorsqu'il a manifesté son existence par des symptômes cliniques pendant deux mois ou plus;

2° ou bien lorsque, ayant évolué sans symptômes ou avec des symptômes de courte durée, il est trouvé calleux ou induré, avec des bords surélevés et des adhérences suffisantes aux organes voisins.

Au cours de notre travail, nous avons adopté la classification de Proctor.

III. — **Du point de vue étiologique et pathogénique**

La plupart des auteurs établissent une différence absolue de nature entre les ulcères aigus qui seraient *toujours secondaires* et les ulcères chroniques *toujours primitifs*. Cackovic et Theile notamment rapportent, en même temps que de nombreuses observations d'ulcères chroniques classiques, quelques cas où des ulcères aigus sont suvenus à la suite d'infections ou d'intoxications diverses, d'athrepsie, de brûlures, de traumatismes directs, etc.

Certes, de tels faits sont incontestables, mais on ne doit pas oublier qu'il existe cependant d'autres cas — assez rares à la vérité — d'ulcères aigus cliniquement primitifs, et nous en rapporterons plus loin une observation inédite qui nous semble typique (Obs. 53, de Lafargue). D'autre part, certains auteurs, comme Mathieu, pensent que les ulcères aigus sont très fréquemment à l'origine d'ulcères chroniques. Pourquoi dès

lors établir une distinction aussi radicale entre deux formes cliniques différentes d'une affection identique ?

Quant à nous, dans l'ignorance où nous sommes encore de nos jours tant de l'étiologie que de la pathogénie réelles de l'ulcère de l'estomac aussi bien aigu que chronique, il nous semble difficile de nous rallier à la manière de voir catégorique des auteurs allemands; et nous nous bornerons à éliminer du cadre de l'ulcère de l'enfant seulement les ulcérations de nature manifestement spécifique que l'on rencontre par exemple dans la tuberculose ou la syphilis et les ulcérations histologiquement malignes :

— les ulcères syphilitiques sont rares et leur diagnostic se fait presque uniquement sur les signes concomitants d'hérédo-syphilis et sur le résultat rapide du traitement anti-syphilitique d'épreuve (Martinez).

— les ulcères tuberculeux, d'après Fenwick qui en rapporte un certain nombre de cas, seraient moins rares chez l'enfant que chez l'adulte. Ils possèdent des bords infiltrés de matière caséeuse et des granulations grisâtres se voient au niveau du fond et dans son voisinage. Ils s'accompagnent, presque toujours pour ne pas dire toujours, de tuberculose intestinale ou pulmonaire.

— les ulcérations néoplasiques, dont Fenwick a cité deux cas chez des enfants de moins de quinze ans sont absolument rarissimes et nous ne les signalerons que pour mémoire.

OBSERVATIONS

Obs. 1, de Billard, 1828.

Un enfant nouveau-né mourut à l'âge de 5 jours d'anémie provenant d'hémorragie gastrique et intestinale.

A la nécropsie, la muqueuse gastrique présentait près du cardia une perte de substance grande comme une pièce de cinquante centimes. La surface de l'ulcère était noirâtre ; ses bords, irréguliers et découpés à pic, étaient de la même couleur, comme s'ils avaient été brûlés.

Obs. 2, de Rufz, 1843.

Une fille, âgée de 13 ans, normalement développée, se plaignait de digestions pénibles et présentait des vomissements fréquents depuis 2 ans, lorsqu'une perforation avec péritonite généralisée survint.

A la nécropsie, on trouva sur la petite courbure, près du pylore, une perforation de 1 cm. 1/2 de diamètre, béante, située au milieu d'une ulcération de 5 centimètres de large; les bords étaient arrondis, épais; le fond était formé par la séreuse noirâtre et épaissie.

Obs. 3, de Donné, 1843.

Une fille, âgée de 3 ans, bien constituée, habituellement bien portante, avait présenté 5 semaines auparavant une indigestion, avec vomissements et diarrhée, dont elle se remit mal. Huit jours après, hématémèse (sang brun noir) suivie de selles sanglantes. Depuis lors, elle continua à vomir et maigrit beaucoup. Après une légère amélioration de quelques jours sous l'influence du régime, les symptômes reprirent de plus belle, et l'enfant mourut dans une adynamie complète.

A la nécropsie, on trouva un ulcère paraissant en voie de cicatrisation, large comme une pièce de deux francs au niveau du cardia. Au voisinage, tissu fibreux et épaissi.

Obs. 4, de Carteaux, 1857.

Un nouveau-né, de sexe féminin, naquit à terme, bien conformé en apparence, de parents sains. Mère âgée de 28 ans, primipare. Grossesse et accouchement normaux. Pâleur générale très prononcée dès la naissance. — Vingt heures après, il expulsa par la bouche une quantité notable de sang noir, et mourut.

A la nécropsie, faite 24 heures après la mort, on trouva un estomac distendu; la surface extérieure présentait des tâches brunes au nombre de huit ou neuf dont la plus grande possédait à peu près le diamètre d'une petite lentille. La cavité de cet organe était remplie d'une grande quantité de sang, en partie coagulé. La surface intérieure était parsemée d'ulcérations qui correspondaient aux tâches noires de la surface extérieure, ulcérations qui intéressaient les tuniques interne et moyenne de l'estomac.

A l'examen anatomo-pathologique, aucune trace d'ecchymose ou de congestion vasculaire; les parois de l'organe avaient leur

épaisseur normale. Dans quelques endroits, on remarquait des points transparents correspondant à des érosions de la muqueuse gastrique.

Obs. 5, de Buzzard, 1861.

Une fille, âgée de 9 ans, en bonne santé malgré quelques douleurs épigastriques, fut prise brusquement de violentes douleurs dans le ventre. Elle mourut 10 heures après dans le collapsus, après quelques efforts de vomissements.

A la nécropsie, on trouva un ulcère perforé de la petite courbure, à mi-distance entre le pylore et le cardia. La perforation avait une forme en entonnoir à bords un peu épaissis. La muqueuse gastrique environnante était saine et ne portait nulle part trace de cicatrices d'ulcérations anciennes.

Obs. 6, de Guntz, 1862.

Un garçon, âgé de 6 ans, de constitution faible, de santé délicate, hydrocéphale, présentait depuis 1 mois des vomissements, des douleurs abdominales, de la diarrhée. Amené à l'hôpital, il y contracta la scarlatine; des ulcérations apparurent sur les gencives et la langue, puis, brusquement, des selles sanglantes survinrent, et le malade mourut dans l'adynamie.

A la nécropsie, on trouva sur la face postérieure de l'estomac, à 4 centimètres du pylore, une perte de substance de la muqueuse de la dimension d'un florin. La face postérieure de l'estomac adhérait fortement au côlon et au méso-côlon transverses par des tractus épais.

Obs. 7, de Binz, 1865.

Un nouveau-né, de sexe féminin, après un travail de 11 heures, semblait normal à la naissance. Le lendemain, il parut bien,

prit le sein, expulsa un abondant méconium, mais pleura beaucoup. Le jour suivant, diarrhée jaune qui augmenta progressivement pendant deux jours. L'enfant se nourrissait bien. Les selles devinrent liquides et se succédèrent toutes les heures. Le traitement ne donnant rien, on changea de nourrice. La diarrhée cessa, mais les douleurs abdominales devinrent évidentes. Puis des vomissements survinrent. Plus tard, selles chocolat. Collapsus et mort le onzième jour.

A la nécropsie, ulcère perforé taillé à l'emporte-pièce sur la face antérieure de l'estomac, non loin de la petite courbure, à mi-distance entre le fond et le pylore. Plis divergents de la muqueuse tout autour de l'ulcération.

Obs. 8, de Verliac, 1865.

Un garçon, âgé de 14 ans, présentait des troubles digestifs depuis deux ans. Depuis trois mois, vomissements incessants, crises douloureuses épigastriques quotidiennes extrêmement violentes, selles sanguinolentes. Après une accalmie de 10 jours, mort presque subite à la suite d'une hématémèse considérable (sang rouge vif).

A la nécropsie, ulcère perforé sur la face postérieure de l'estomac, un peu au-dessous du cardia; quatre cicatrices d'ulcères anciens; rétrécissement du pylore; hypertrophie générale des parois.

Obs. 9, de Reimer, 1876.

Une fille, âgée de 3 ans 1/2, anémique, souffrait de troubles digestifs depuis plus de deux ans. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, elle présentait en outre des vomissements et de la fièvre depuis trois semaines ainsi que des douleurs abdominales et des selles glaireuses. Elle guérit, mais contracta la rougeole. Les symptômes précédents la reprirent, des vomissements sanglants répétés

survinrent, du melaena apparut dans les selles, et l'enfant mourut au bout de 15 jours dans le collapsus.

A la nécropsie, ulcère perforé de quatre centimètres de diamètre sur la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure à deux centimètres du pylore. Bords taillés à pic et infiltrés de sang. Fond lardacé formé par le pancréas. Le péritoine à ce niveau est épaissi, induré par places.

Obs. 10, de Goodhart, 1881.

Un nouveau-né, bien conformé, mais suspect d'hérédo-syphilis, se mit à vomir du sang et mourut 30 heures après sa naissance.

A la nécropsie, on trouva au niveau du cardia, près de la grande courbure, un petit ulcère ovale de 1/8 de pouce; bords taillés à pic dans la muqueuse; au fond de l'ulcère, tâche noire dûe à l'ulcération d'une artère de la grande courbure. Le reste de l'estomac était en bon état.

Obs. 11, d'Eröss, 1883.

Une fille, âgée de 12 ans, dans les antécédents de laquelle on ne trouvait que de la gastro-entérite à l'âge de 1 an, se plaignait de douleurs gastriques pas très violentes qui survenaient fréquemment à intervalles irréguliers et duraient plusieurs heures. Perte d'appétit; pas de nausées, ni de vomissements, ni de selles sanglantes. Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, se développa une granulie dont elle mourut au bout d'un mois.

A la nécropsie, on trouva sur la face postérieure de l'estomac trois pertes de substance, la première comme une lentille, la seconde comme une pièce de cinquante centimes; elles étaient circulaires et avec bords aigus atteignant la sous-muqueuse; la troisième, circulaire aussi, d'un diamètre de 2 cm. 5, était per-

forée dans l'arrière-cavité des épiploons. La muqueuse environnante était infiltrée et injectée.

Obs. 12, de Barlow, 1887.

Une fille, âgée de 21 mois, qui avait présenté de la diarrhée, puis une toux banale, eut des convulsions avec du strabisme et mourut dans le coma. Aucun symptôme ne dirigea jamais l'attention sur l'estomac.

A la nécropsie, on trouva sur la face postérieure de l'estomac, près de la grande courbure, au niveau du cardia, un ulcère ovale mesurant 1/4 à 1/8 de pouce; les bords étaient décollés; la perte de substance s'étendait presque jusqu'à la séreuse. Pas d'épaississement avoisinant et pas d'évidence de tuberculose. Deux ulcères plus petits sur la grande courbure, à peu près au milieu de l'estomac et deux autres près du pylore. Sur la grande courbure, à environ 3 pouces du pylore, il y avait une élevure de la muqueuse qui était pâle, blanc opaque, d'environ 1/16 de pouce de diamètre et présentant l'apparence d'un tubercule miliaire. Nombreux tubercules dans la pie-mère, le cerveau, les plexus choroïdes, les ganglions cervicaux, trachéo-bronchiques et mésentériques, les poumons, le pancréas, la rate et les plaques de Peyer.

Obs. 13, de Cocks, 1891.

Un nouveau-né, de sexe masculin, bien constitué, pesait 3 kg. 1/2. Accouchement normal. Le lendemain de sa naissance, il vomit une once de sang rouge vif. Quatre autres hématémèses dans la journée ; le lendemain, melaena. Mort la nuit suivante.

A la nécropsie, on trouva un ulcère perforé du cardia.

Obs. 14, de Colgan, 1892.

Une fille, âgée de 2 ans 1/2, bien constituée, bien portante jusque-là, fut prise brusquement de crises convulsives subintrantes avec température à 41° 7 et pouls à 150. Elle mourut moins de 12 heures après dans une crise convulsive.

A la nécropsie, on trouva un ulcère perforé sur la face postérieure de l'estomac, près de la grande courbure, non loin du cardia. Epaississement des parois gastriques en plusieurs endroits. Aspect général de gastrite catarrhale chronique.

Obs. 15, de O'Farrel, 1894.

Un garçon, âgé de 13 ans, bien constitué, en bonne santé jusque-là, se mit à présenter brusquement des vomissements et à souffrir de la tête. On le purgea. Le lendemain, crises convulsives subintrantes extrêmement violentes. Mort au bout de quatre heures.

A la nécropsie, on trouva une déchirure longue de 3 pouces à la face postérieure de l'estomac avec une zone enflammée tout autour.

Obs. 16, de Leith, 1895.

Une fille, âgée de 10 ans, contracta une pneumonie droite qui arriva à convalescence. Puis une pleurésie purulente se constitua. L'enfant se mit à délirer et mourut, sans que l'attention du médecin ait jamais été attirée sur l'abdomen.

A la nécropsie, on trouva un ulcère perforé ordinaire presque circulaire, mesurant 1/4 de pouce transversalement et 1/16 longitudinalement, situé au milieu de la grande courbure et adhé-

rent à la rate. Plancher de l'ulcère formé par la séreuse et un peu de musculeuse. Pas d'épaississement de la muqueuse aux alentours.

Obs. 17, de Hibbard, 1897.

Une fille, âgée de 3 mois 1/2, entra à l'hôpital avec la diphtérie. Elle présentait en outre des vomissements fréquents et des selles très nombreuses et brunâtres. La mort survint dans cet état 14 jours après l'admission.

A la nécropsie, on trouva sur la face antérieure de l'estomac, non loin de la grande courbure, et plus près du pylore que du cardia, une perte de substance circulaire de 5 centimètres de diamètre. A ce niveau, les fibres circulaires sous-jacentes étaient à nu, les bords étaient surélevés. Tout autour, la muqueuse présentait des petites pertes de substance ponctuées, ordinairement circulaires, à peu près de la dimension d'une tête d'épingle et limitées à la muqueuse.

Obs. 18, de Fenwick, 1897.

Une fille, âgée de 13 ans, fut admise à l'hôpital avec des symptômes de fièvre typhoïde datant de huit jours. Deux ou trois vomissements, mais pas de douleurs épigastriques. A la fin de la quatrième semaine, alors que la température avait commencé à baisser, la malade fut prise subitement d'une hématémèse grave, après laquelle elle tomba dans le coma, et mourut.

A la nécropsie, la face antérieure de l'estomac fut trouvée adhérente à la face inférieure du foie. Sur la surface interne de l'estomac, on trouva de nombreux ulcères bien limités, dont le plus grand avait environ les dimensions d'un florin. Les bords étaient minces et décollés, et la base formée par la musculeuse ou la séreuse. Dans la première portion du duodénum, il y avait

un ulcère de caractère semblable, bien que la totalité de l'intestin, du jéjunum au rectum, fût criblée d'ulcérations typhoïdiques typiques.

Obs. 19, de Fenwick, 1897.

Une fille, âgée de 12 ans, fut admise à l'hôpital pour brûlures graves des bras et des jambes dont elle mourut au bout de six jours.

A la nécropsie, au centre de la petite courbure, on trouva un ulcère rond de la dimension d'une pièce de « six penny » de formation manifestement récente. La muqueuse gastrique était intensément injectée et présentait de nombreuses ecchymoses. Le duodénum aussi montrait des signes d'inflammation, mais aucune ulcération ne put être trouvée.

Obs. 20, de Fenwick, 1897.

Un garçon, âgé de 10 ans, fut admis à l'hôpital pour pneumonie droite dont il mourut.

A la nécropsie, l'estomac fut trouvé distendu par des caillots sanguins. Sur la petite courbure, à un pouce du pylore, il y avait deux ulcères ronds séparés par une mince bride de muqueuse. Le plus grand mesurait 1 pouce et le plus petit environ 1/2 pouce de diamètre. Les deux ulcères possédaient des bords taillés à pic et avaient intéressé la séreuse.

Obs. 21, de Fenwick, 1897.

Une fille, âgée de 20 mois, succomba à l'hôpital de noma consécutif à une varicelle.

A la nécropsie, sur la face antérieure de l'estomac, près de la petite courbure et non loin du pylore, on trouva deux petits ulcères avec bords taillés à pic.

Obs. 22, de Cade, 1898.

Un garçon, âgé de 2 mois, nourri au sein, suspect d'hérédo-syphilis, présentait des troubles gastro-intestinaux depuis 1 mois, lorsque brusquement son état devint très grave : vomissements verdâtres, ballonnement du ventre, et très vite mort.

A la nécropsie, ulcérations de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, en haut et un peu en arrière du pylore. Bords taillés à l'emporte-pièce, fond adhérent à la face inférieure du foie. Des adhérences résistantes unissaient la petite courbure à la face inférieure du foie.

Obs. 23, de Barber, 1902.

Un garçon, âgé de 10 ans, était malade depuis trois ou quatre jours, lorsqu'il tomba dans le collapsus et mourut en deux heures.

La nécropsie montra quatre ulcères de l'estomac dont deux étaient perforés.

Obs. 24, de Bechtold, 1904.

Une fille, âgée de 5 ans, d'apparence frêle, mais bien portante jusque là, présentait depuis cinq mois de l'anorexie, de la pâleur de la face, un amaigrissement progressif, quelques douleurs abdominales, lorsqu'elle fit brusquement une perforation avec péritonite généralisée. Intervention. Mort.

A la nécropsie, ulcère perforé de la grande courbure dans le voisinage du fond. Le diamètre était de 3 cm. 1/2 environ. Les bords n'étaient pas épaissis. Le fond était en grande partie formé par la rate.

Obs. 25, de Watson-Cheyne, 1904.

Un garçon, âgé de 13 ans, bien portant jusque là, présenta brusquement des signes de péritonite généralisée : on conclut à une appendicite perforante.

Intervention : Appendicectomie. Les lésions de l'appendice n'étant pas suffisantes pour expliquer la péritonite, les intestins et l'estomac sont attentivement examinés; un ulcère perforé est trouvé sur la face antérieure de l'estomac; les bords de l'ulcère sont rapprochés et suturés au catgut. Assèchement du péritoine. Drainage. Guérison.

Obs. 26, de Tiegel, 1904.

Un nourrisson, de sexe féminin, âgé de 2 mois, fut opéré pour sténose hypertrophique congénitale du pylore. A l'intervention, on trouva une tumeur à peu près du volume d'une noix — Gastro-entérostomie — Trois mois après, mort par hémorragie profuse.

A la nécropsie, on trouva deux ulcères peptiques du jéjunum, l'un sur l'anse afférente, l'autre qui était perforé, sur l'anse efférente.

Obs. 27, de Eiselsberg, 1905.

Une fille, âgée de 12 ans, présentait des symptômes (douleurs épigastriques, nausées, hématémèses) depuis un an.

A l'intervention, ulcère sténosant du pylore. Gastro-entérostomie. Guérison. Elle était en bonne santé depuis trois ans au moment où l'observation a été publiée.

Obs. 28, de Robinson, 1905.

Un garçon, âgé de 14 ans, mourut après un an de maladie.

La nécropsie montra deux rétrécissements de l'œsophage; l'estomac et le pylore étaient contractés. Le pylore était encerclé par un large ulcère en forme d'anneau. A ce niveau la muqueuse était remplacée par du tissu fibreux cicatriciel auquel était probablement dûe la contraction de l'estomac.

Obs. 29, de Bisset, 1905.

Un nouveau-né, de sexe masculin, âgé de 45 heures, mourut à la suite d'une hémorragie intestinale foudroyante.

A la nécropsie, on trouva un ulcère taillé à l'emporte-pièce dans la face postérieure de l'estomac, au-dessus de la petite courbure, à environ 1 cm. 5 du cardia.

Obs. 30, de Stowell, 1905.

Une fille, âgée de 8 ans, délicate depuis l'enfance, se plaignait de l'estomac depuis la veille, se sentait très faible, avait vomi. A l'examen, pâleur marquée, pouls à 100, température élevée, dyspnée, pas de toux; rien à l'auscultation des poumons et du cœur. Estomac sensible à la pression; ventre ballonné. Après deux heures de délire, elle mourut.

A la nécropsie, on trouva deux ulcères perforés sur la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure et à environ cinq centimètres du pylore. Par une des perforations, le sang avait fait issue dans le péritoine; pas de réaction inflammatoire voisine.

Obs. 31, de Paterson, 1906.

Un garçon, âgé de 12 ans et 8 mois, bien portant jusque là, présentait depuis une quinzaine de jours des douleurs gastriques post-prandiales à type de brûlures. Elles se produisaient entre 1/2 heure et 2 heures après les repas, mais ne survenaient pas régulièrement tous les jours. Il fit brusquement une perforation avec péritonite généralisée.

L'intervention eut lieu 18 heures après le début des accidents. On trouva un ulcère perforé de la face antéieure de l'estomac. Malgré des complications respiratoires graves, guérison.

Obs. 32, de Lund, 1909.

Un garçon, âgé de 8 ans, présentait de loin en loin depuis plusieurs années des nausées accompagnées de rares vomissements. Il y a un an, il présenta une crise de violentes douleurs épigastriques, accompagnées de quelques vomissements avec des filets de sang; en même temps, fièvre légère. Quelques mois après, il eut une crise plus sévère encore, et vomit la valeur d'une tasse à thé de sang rouge vif; melaena les jours suivants. Après une accalmie de quelques mois, nouvelle crise avec douleurs épigastriques, vomissements, selles sanglantes pour laquelle il fut admis à l'hôpital. Guérison par traitement médical.

Deux mois après, il fit une perforation, et fut de nouveau admis d'urgence à l'hôpital. A l'intervention on trouva un ulcère perforé adhérent au foie, sur la petite coubure, près du pylore. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison en trois semaines, malgré des complications pulmonaires. Revu neuf mois après, l'enfant se portait bien.

Obs. 33, de Cackovic, 1912.

Un garçon, âgé de 14 ans, présentait depuis l'âge de 7 ans des douleurs gastriques qui s'accompagnèrent un an après de vomissements — vomissements non acides.

A l'intervention, on trouva une sténose du pylore fixée, due à un ulcère de cet orifice. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. L'enfant sortait de l'hôpital guéri deux mois après.

Obs. 34, de Cackovic, 1912.

Un garçon, âgé de 15 ans, présentait des douleurs gastriques depuis l'âge de 8 ans. Depuis trois ans, ces douleurs s'accompagnaient de vomissements. Hyperacidité anorganique.

A l'intervention, on trouva une sténose du pylore avec une cicatrice d'ulcère sur le versant gastrique de cet orifice. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. Evolution sans complications. Sort guéri un mois après.

Obs. 35, de Cackovic.

Une fille, âgée de 13 ans, présentait des troubles gastriques depuis plus de deux ans, des vomissements acides depuis un an. Hyperacidité anorganique.

A l'intervention, ulcère sténosant du pylore. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure. Evolution normale. Sort guéri six semaines plus tard.

Obs. 36, de Theile, 1919.

Une fille, âgée de 2 ans, bien constituée, sans antécédents morbides, en particulier ni syphilis, ni tuberculose (Pirquet néga-

tif), dont l'alimentation avait été particulièrement bien réglée et très bien tolérée, avait présenté un mois plus tôt une légère infection grippale avec élévation thermique, toux et quelques vomissements qui rétrocéda rapidement. Il y a une semaine, des vomissements survinrent à nouveau, qui devinrent très vite presque incoercibles, et aucune nourriture ne put dès lors être gardée. Des lavages d'estomac quotidiens ramenaient quelques résidus alimentaires à réaction acide. Depuis trois jours, on pouvait voir se dessiner sous la paroi un estomac globuleux, et suivre les ondes péristaltiques exagérées. Le lendemain, on constata la présence de filets de sang dans les vomissements. Asthénie. Déshydratation.

A l'intervention (de Quervain), on trouva une hypertrophie générale de la paroi gastrique, et un ulcère de l'antre pylorique avec infiltration importante à ce niveau, et petits épaississements dans le ligament gastro-hépatique. Etant donné l'étendue du processus ulcéreux, on fit une résection, suivant la méthode de Kocher. Suites opératoires et guérison normales.

Obs. 37, de Theile, 1919.

Une fille, âgée de 13 ans, chlorotique depuis un an, avait présenté il y a quatre mois, des douleurs gastriques post-prandiales fréquentes, mais sans vomissements ni melaena, pendant plusieurs semaines. Depuis la veille au soir, très fortes douleurs, nausées, vomissements. On fit le diagnostic de péritonite aiguë et on pensa à une appendicite perforante.

A l'intervention, l'appendice fut trouvé injecté, comme d'ailleurs le reste de l'intestin. Appendicectomie. A la suite, laparotomie sus-ombilicale : sur la face antérieure de l'estomac, près de la petite courbure, on trouva une perforation grosse comme un pois. Suture. Troisième incision dans la fosse iliaque gauche. Lavage au sérum. Drainage. Fermeture partielle des plaies. Guérison sans complications. Cinq jours après, ablation des

drains. Trois semaines après, elle sortit de l'hôpital en bon état de santé.

Obs. 38, de Sanjck, 1920.

Une fille, âgée de 12 ans, présentait des symptômes depuis plus d'un an.

A l'intervention, on trouva une sténose du pylore dûe à des ulcères gastriques. La malade guérit.

Obs. 39, de Carro, 1922.

Une fille, âgée de 8 ans, présentait des symptômes depuis deux ans.

A l'intervention, on trouva un ulcère sténosant du pylore. On pratiqua l'exclusion du pylore combinée à la gastro-entérostomie. Guérison.

Obs. 40, de Norrlin, 1923.

« Une fille, âgée de 7 ans, anémique, délicate depuis sa naissance, présentait des troubles gastriques depuis trois ans au moins : douleurs, parfois des vomissements immédiatement après les repas, légère constipation. Depuis quelques mois, les symptômes s'étaient accentués, et l'appétit laissait à désirer. Elle fit une perforation avec péritonite généralisée.

Intervention vingt-quatre heures après le début des accidents. On trouva un ulcère perforé au devant du pylore. Suture en deux plans, assèchement, drainage. Guérison sans incidents. La malade quitta l'hôpital trente-trois jours après l'opération, libre de tout symptôme.

Obs. 41, de Proctor, 1925.

Un garçon, âgé de 14 ans, chétif et délicat, présentait un retard de développement marqué, se plaignait de troubles gastriques depuis six ans : crises de douleurs épigastriques durant 10-12 jours, séparées par des intervalles libres de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, douleurs survenant après les repas, ou bien vers 2-3 heures du matin, vomissements aqueux, anorexie, constipation.

A l'intervention, on trouva un ulcère chronique calleux à 5 centimètres du pylore. Excision; gastro-entérostomie postérieure. Guérison. Deux mois après, le poids du malade avait augmenté de 10 kgrs.

A noter que la mère de l'enfant était atteinte d'ulcère du duodénum.

Obs. 42, de Michaelsonn, 1925.

Une fille, âgée de 14 ans, présentait des troubles gastriques depuis l'âge de 7 ans. Des vomissements survenaient après les repas, qui se répétèrent de plus en plus fréquemment. Constipation. Pas de douleurs gastriques au début. A l'âge de 10 ans, elle fut admise à l'hôpital, où l'on constata sous l'écran radioscopique des signes marqués de sténose pylorique. Après repas d'épreuve, A = 61, H = 46. Réaction de Weber dans les fèces négative.

A l'intervention, on trouva un ulcère du pylore avec sténose serrée de cet orifice, et adhérences aux organes voisins. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. Suites opératoires excellentes; l'enfant sortit un mois après libre de tout symptôme.

Six mois après l'intervention, des troubles gastriques survinrent de nouveau, consistant cette fois en douleurs post-prandiales, se produisant environ 1/2 heure après l'absorption d'ali-

ments, surtout les aliments riches en graisses, accompagnées quelquefois de rares vomissements. Cet état de choses alla en s'aggravant pendant quatre ans. L'enfant alors rentra à l'hôpital. L'examen radioscopique montra une évacuation rapide par la bouche de gastro-entérostomie, l'absence d'évacuation par le pylore, l'absence d'image anormale du côté gastrique. Pas de douleur à la pression au-dessus de la bouche de gastro-entérostomie. Un cliché montra en outre une petite tâche opaque sur l'anse jéjunale, immédiatement au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie qui fit faire le diagnostic d'ulcus peptique du grêle.

Nouvelle intervention : laparotomie, libération des adhérences; sur la face antérieure de l'anse jéjunale évacuatrice, on trouva un petit ulcère cratériforme. Résection de la portion pylorique et du bulbe duodénal; gastro-entérostomie selon le procédé de Roux. Suites opératoires parfaites. Revue un an après, l'enfant était en parfaite santé, avait pris 8 kgrs ne suivait aucun régime. Sous l'écran, l'estomac s'évacuait bien.

Obs. 43, de Nordgren, rapportée par Michaelsonn, 1925.

Une fille, âgée de 2 ans, normalement constituée, nourrie au sein, n'ayant eu que la varicelle, se mit à vomir après les repas (vomissements alimentaires, pas de sang) et à présenter de la diarrhée. Pas de douleurs. Quatre jours après, hématémèses répétées (sang rouge vermeil) pour lesquelles on la fait entrer à l'hôpital des Enfants Samariten de Stockholm. Après avoir présenté d'autres hématémèses et du melaena pendant deux jours, elle se rétablit. Un mois après, à la suite d'un épisode fébrile, elle fit une péritonite généralisée mortelle, son état général ne pouvant permettre de tenter l'opération.

A la nécropsie, on trouva à 5 centimètres du pylore, sur la face postérieure de l'estomac, un vaste ulcère, à bords nettement calleux, dont le fond était adhérent au côlon et au mésocôlon

transverses, cicatrisé dans sa partie proximale, tandis que dans sa partie distale, près du pylore, il présentait deux petites perforations.

Obs. 44, de Thorling et Nystrom, rapportée par Michaelsonn, 1925.

Une fille, âgée de 18 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 1 an, a toujours eu l'estomac délicat depuis. Diarrhée non sanglante à l'âge de 5 ans. A partir de la 7e année, douleurs abdominales post-prandiales mal localisées, survenant par crises à intervalles irréguliers, habituellement soulagées par des vomissements. Fonctions digestives paresseuses. A l'âge de 11 ans, elle se plaignait de douleurs abdominales permanentes, survenant entre les repas. Elle entra alors à l'hôpital d'Uppsala. Enfant petite et chétive, ventre mou, non douloureux. A l'examen radioscopique, estomac élargi, péristaltisme exagéré, stase, grande rétention de six heures. On posa le diagnostic de sténose du pylore et on intervint. On trouva une cicatrice indurée, étoilée, sur la partie supérieure du pylore qui était adhérent à la vésicule biliaire. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure. Elle sortit quinze jours après, libre de tout symptôme.

Trois ans après, après s'être continuellement bien portée jusque là, elle se mit à présenter de nouveau des douleurs épigastriques périodiques, indépendantes des repas. Parfois vomissements qui calmaient la douleur. Ces douleurs allèrent en augmentant, si bien que, sept ans après sa première intervention, elle rentrait, pâle et amaigrie, à l'hôpital d'Uppsala. Brusquement, son état empira. Intervention. On trouva un ulcus peptique perforé au niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Entéro-anastomose; mort cinq jours après.

A la nécropsie, on trouva un ulcère peptique perforé, grand comme une pièce de un franc, situé sur l'anse jéjunale, à la limite de la paroi gastrique.

Obs. 45, de Weber, 1925.

Un garçon, âgé de 15 ans, dans les antécédents duquel on notait le typhus exanthématique à l'âge de 8 ans, souffrait de troubles gastriques depuis quatre ans. Le début de la maladie coïncide avec la sous-alimentation et la mauvaise nourriture pendant la famine de 1921, en Russie. Au début, nausées, sialorrhée, régurgitations acides, puis douleur 10 à 12 heures après les repas, surtout la nuit et le matin. Douleur violente, calmée par des vomissements une à deux fois par jour. Constipation. A l'hôpital de Minsk, on constata : ventre un peu ballonné; épigastre douloureux à la pression. Aux rayons X, estomac de grandeur normale, pas d'image anormale, pas de stase. Après repas d'épreuve, Hcl libre 60 p. 100, A. T. 75 p. 100, ac. lact. 0; réaction K. M. négative dans les fèces. B. W. négatif. L'examen vagotonique par l'injection de 0,01 cgr. d'apomorphine montra une légère vagotonie.

A l'intervention, on trouva une infiltration cicatricielle de la région pylorique. La gastro-entérostomie rétrocolique postérieure ne pouvant être pratiquée en raison de formations cicatricielles sur le mésocôlon transverse, on fit une gastro-entérostomie antérieure. D'autres adhérences cicatricielles furent trouvées sur le mésentère. L'appendice était hyperhémié : on le réséqua. Sur un fragment d'appendice et de mésentère réséqués, on cultivait le staphylocoque doré.

Evolution et suites opératoires normales.

Obs. 46, de Weber, 1925.

Un garçon, âgé de 12 ans, se plaignait depuis plusieurs années de douleurs gastriques violentes, de ballonnement du ventre et de vomissements quotidiens abondants. Les douleurs et les vomissements survenaient au début après les repas, par crises, avec

des intervalles libres plus ou moins prolongés. Mais, au fur et à mesure que progressait la maladie, ils sont devenus bien plus fréquents. Examen : malade sous-alimenté, pâle, anémique (a souffert de la famine en 1921, en Russie), épigastre ballonné, péristaltisme intense, estomac globuleux et fortement tendu qui avait fait porter le diagnostic de kyste hydatique du foie. Suc gastrique très acide. Aux rayons X, signes de sténose pylorique. On fait le diagnostic d'ulcère et on intervient : anneau cicatriciel de la région pylorique avec rétraction cicatricielle de la petite courbure. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure à anse courte. Guérison normale avec disparition de tous les sympômes morbides.

Obs. 47, de Butka, 1927.

Une fille, âgée de 6 jours, fit une perforation avec péritonite généralisée.

A la nécropsie, on trouva un ulcère perforé de la grande courbure, à 1 cm. 5 du cardia, contre la rate. Ulcération cratériforme, mesurant 8 millimètres de diamètre, ouverte dans la cavité péritonéale, malgré la présence d'abondants exsudats fibrineux.

Obs. 48, de Robinson, 1927.

Un garçon, âgé de 12 ans, bien portant jusque-là, présentait des douleurs gastriques depuis trois mois, accompagnées depuis deux mois de vomissements. Les crises survenaient de cinq minutes à une heure après les repas. Amaigrissement. Il fit une perforation avec signes de péritonite généralisée.

A l'intervention, on trouva un ulcère perforé sur la face antérieure de l'estomac, à mi-chemin entre le fond et le pylore, et plus près de la petite courbure que de la grande courbure. Broncho-pneumonie post-opératoire. Guérison.

Obs. 49, de Schwaab et Lefourlier, 1928

Un nouveau-né, de sexe masculin, extrait par césarienne haute; double circulaire du cordon, très serré au niveau du thorax; poids, 4 kg. 330. Vomissements rosés le deuxième jour. Le troisième et le quatrième jours, vomissements de sang presque pur, abondant melaena. L'état général, bon au début, décline vite. L'enfant est subictérique, se plaint sans arrêt, refuse de têter. Foie et rate normaux. Mort le sixième jour.

A la nécropsie : estomac distendu, intestin plein de sang; on trouve un ulcère à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen de la petite courbure, irrégulier, à bords nets, taillés à pic; la muqueuse et la musculeuse font totalement défaut à ce niveau, la séreuse persistant seule. Pas d'autres ulcérations de la muqueuse gastrique ou duodénale. Pas de signes d'hérédosyphilis.

Obs. 50, de Shore, 1930.

Une fille, âgée de 23 mois, normalement développée, bien portante jusque-là, vomissait et refusait de s'alimenter depuis trente-six heures. Amenée à l'hôpital, on lui trouva des signes nets de péritonite aiguë. En interrogeant les parents, on apprit que deux ou trois jours avant l'admission, l'enfant jouait avec une bouteille de verre qu'elle cassa, et dont on ne put retrouver tous les morceaux. Soupçonnant une perforation, on décida d'opérer, mais l'enfant mourut pendant l'intervention.

A la nécropsie, ulcération arrondie de 5 centimètres de diamètre sur la face postérieure de l'estomac, au niveau du fond. Malgré une exploration attentive, on ne trouva nulle part trace de morceau de verre que l'enfant aurait pu porter à la bouche.

L'examen histologique montra un ulcère aigu avec inflammation secondaire de la paroi gastrique.

Obs. 51, de Larget, Lamare et Weyl, 1932.

Une fille, âgée de 12 ans, de constitution normale, se plaignait souvent de vagues douleurs abdominales depuis 11 mois. Depuis six mois, les douleurs avaient pris des caractères plus nets : douleurs peu intenses, à siège épigastrique, sans irradiations, survenant environ trois heures après les repas, accompagnées parfois d'un vomissement alimentaire. Ces douleurs se reproduisaient tous les jours pendant quinze jours, puis disparaissaient pendant deux mois pour reparaître ensuite. Depuis un mois, elles s'accompagnaient de perte d'appétit et d'un peu d'amaigrissement. Enfin, six jours avant d'entrer à l'hôpital, l'enfant eut deux hématémèses, avec melaena dans les selles le lendemain. L'examen radioscopique montra une sténose pylorique spasmodique légère.

A l'intervention, on trouva un ulcère du pylore. Gastro-entérostomie. Guérison. Trois mois après, l'état de santé de l'enfant se maintenait excellent.

Observation 52 (Inédite).

(dûe à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Loubat).

M... Victor, 8 ans, de Saint-Sixte (Lot-et-Garonne), est admis le 19 mai 1933, à l'hôpital des Enfants, salle 8, dans le service de M. le Professeur agrégé Loubat, parce qu'il souffre de l'estomac et qu'il présente des vomissements.

Histoire de la maladie.

Le début de la maladie remonte au mois d'août 1929, alors que l'enfant était âgé de 4 ans.

A cette époque, l'enfant, en bonne santé jusque-là, s'est mis à présenter brusquement des vomissements alimentaires pendant plusieurs jours, en même temps qu'il se plaignait de douleurs abdominales, mal localisées, mais semblant plus accusées dans la fosse iliaque droite. En outre, constipation; température à 38°-38°5. Un médecin, appelé par les parents, porta le diagnostic d'appendicite, et traita le petit malade par le repos au lit, la diète et la glace sur le ventre. Quinze jours après, appendicectomie à froid par le Docteur Delmas, à Agen.

A la suite de cette intervention, l'enfant resta en bonne santé pendant quelque temps — deux ou trois mois environ.

Dans les derniers mois de 1929, les douleurs abdominales réapparaissent, mais présentent alors des caractères plus nets.

Bien que leur horaire ne soit pas absolument fixe, elles surviennent généralement trois-quart d'heure à une heure après les repas, ou bien — plus fréquemment — elles se produisent la nuit et réveillent l'enfant vers deux heures du matin. Leur siège est nettement épigastrique. Elles sont extrêmement violentes, ne présentent pas d'irradiation, durent deux, trois ou quatre heures; en particulier, lorsqu'elles surviennent la nuit, l'enfant ne peut arriver à se rendormir.

Au début, elles ne s'accompagnaient que très rarement de

vomissements. Elles ne sont pas calmées par l'ingestion d'eau, de lait, ni d'alcalins. Elles semblent par contre exagérées par l'ingestion de certains aliments tels que le pain, la viande, les sauces, etc. Ces crises ne surviennent pas tous les jours; il existe des intervalles libres plus ou moins longs, souvent de dix, quinze, vingt jours, quelquefois de plusieurs semaines, pendant lesquels on ne note aucun symptôme douloureux, si ce n'est une sensation de pesanteur gastrique anormale.

Un régime institué, à base de lait, de bouillies, de pâtes, de purées, proscrivant le pain et les aliments solides, ne produit aucune amélioration. On donne des poudres alcalines en pure perte.

De novembre-décembre 1929 à mai 1932 — date de l'entrée du petit malade dans le service — ces intervalles libres vont devenir à la fois moins fréquents et moins prolongés, en même temps que les crises douloureuses vont croître en nombre et en intensité; les vomissements, qui étaient très rares au début, deviennent de plus en plus fréquents; ils ne contiennent ni sang, ni bile, mais on y retrouve les aliments ingérés la veille.

On note en outre une constipation assez accusée, l'enfant restant fréquemment deux jours sans aller à la selle, des régurgitations acides fréquentes. L'appétit, augmenté au début, a progressivement diminué et est devenu presque nul.

Jamais de sang, ni dans les vomissements, ni dans les selles.

L'amaigrissement est très marqué. L'enfant, très affaibli, ne peut plus aller à l'école et son mauvais état général inquiète ses parents au moins autant que ses troubles gastriques.

Antécédents héréditaires.

Père et mère bien portants.

Trois frères bien portants; un autre frère atteint de maladie de Little.

Antécédents personnels.

Né à terme, nourri au sein ; aucune des maladies infectieuses de l'enfance.

Examen le 19 mai 1933.

Enfant normalement développé, mais très amaigri. Etat général médiocre.

L'examen physique n'apporte aucun renseignement intéressant. Ventre souple, non douloureux, sauf très légèrement à la palpation de la région épigastrique ; on ne voit pas d'ondes péristaltiques ; on ne note pas de clapotage à jeun.

Cicatrice d'appendicectomie.

Le foie et la rate sont normaux.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier.

Pas de signes d'hérédo-syphilis. B. W. sanguin négatif.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni acétone.

Examen radioscopique.

Estomac dilaté descendant à deux ou trois travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques.

Les contractions sont normales, mais la bouillie barytée franchit le pylore assez difficilement.

La palpation réveille un point légèrement douloureux dans la région du pylore.

Au niveau de l'antre pylorique, encoche supérieure pendant les contractions.

L'évacuation est très lente, on trouve de la baryte dans l'estomac dix heures après l'ingestion.

Intervention le 11 juin 1933
par M. le Professeur agrégé Loubat.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale ; on trouve une cicatrice

gaufrée de la partie antéro-supérieure du pylore avec induration très importante de la paroi gastrique à ce niveau et aspect œdémateux. La vésicule biliaire adhère par son fond et surtout son bord gauche à cette zone indurée par des tractus épais et œdémateux. Pas d'autres lésions apparentes; en particulier aucune adhérence, aucune bride provenant de l'appendicectomie antérieure.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires parfaites : l'enfant sort le dix-huitième jour après l'opération, en très bon état et mangeant n'importe quel aliment. Les douleurs et les vomissements ont tout à fait disparu.

L'enfant est revu le 14 décembre 1933.

Poids, 25 kg. 200, en augmentation de près de 3 kilos.

Etat général excellent. Appétit bon et régulier. L'enfant mange la même nourriture que ses parents, sauf peut-être les graisses. Les digestions sont normales. Selles régulières. Plus jamais de vomissements ni de douleurs gastriques.

La cicatrice est normale. Le ventre est partout souple et indolore.

L'examen sous l'écran radioscopique montre une certaine quantité de liquide de stase à jeun. La bouche de gastro-entérostomie fonctionne normalement, et la bouillie barytée s'évacue très vite dans l'intestin grêle.

Un cliché radiographique ne décèle rien d'anormal.

Observation 53 (Inédite).

(dûe à l'obligeance de M. le Docteur Lafargue.)

Un garçon de 14 ans est amené à l'hôpital des Enfants pour syndrome péritonéal aigu ayant débuté huit heures auparavant.

Histoire de la maladie.

La famille fait remonter l'origine de l'affection à une quinzaine de jours. A cette époque, l'enfant aurait reçu un coup de brancard au niveau du creux épigastrique; le choc fut très léger et ne fut suivi ni de perte de connaissance, ni de vomissements de sang ou alimentaires, ni de douleur, ni d'aucun trouble digestif.

C'est donc en pleine santé apparente que le sujet a éprouvé une douleur brutale, extrêmement vive, dans la partie inférieure de l'abdomen. Il a vomi de la bile et a été obligé de se coucher immédiatement. Un médecin appelé peu de temps après l'a fait transporter à l'hôpital.

Examen.

A l'examen du malade, le diagnostic de péritonite généralisée s'impose; vu l'âge du sujet, on songe à une origine appendiculaire. L'état général est satisfaisant : température à 38, pouls à 130.

Opération (Docteur Lafargue).

L'intervention chirurgicale a lieu environ huit heures après le début des accidents.

Incision dans la fosse iliaque droite qui donne issue à du liquide bouillon sale et montre un appendice légèrement hyperhémié. De toute évidence, ce n'est pas dans l'appendice qu'est la cause de la péritonite. Les anses intestinales et l'épiploon voisins présentent également une inflammation légère. En explorant le ventre par l'incision opératoire, on constate que les

lésions de péritonite sont plus marquées vers le haut; en conséquence, on débride dans cette direction et, de proche en proche, en suivant ces lésions, on arrive sur la région sous-hépatique. C'est en soulevant le foie que l'on trouve sur la petite courbure, à deux travers de doigt du pylon, une perforation punctiforme comme celle que pourrait produire une aiguille à tricoter. L'estomac est souple, sans aucune congestion, avec simplement des dépôts fibrineux au voisinage de la perforation.

Enfouissement en bourse au fil de lin de la perforation. Pas de gastro-entérostomie. Drainage dans la fosse iliaque droite.

Suture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Suites sans incidents.

L'enfant sort guéri le vingtième jour.

Il revient trois mois après pour une éventration siégeant à la partie supérieure de l'incision. La cure de cette éventration permet d'explorer de nouveau l'estomac au niveau duquel il n'existe pas la moindre adhérence ni la plus minime trace de l'enfouissement pratiqué.

Avant sa sortie de l'hôpital, on pratique un tubage gastrique qui montre l'absence de stase et on donne un repas d'épreuve qui ramène un liquide jugé tout à fait normal à l'examen chimique.

L'exploration radiographique établit l'absence de tout symptôme pathologique au niveau de l'estomac.

Le sujet est revu 8 ans après en parfaite santé; il n'accuse aucun trouble gastrique douloureux; les digestions sont normales; l'appétit est bon.

ETIOLOGIE

Fréquence.

Les différents auteurs qui ont étudié la question de l'ulcère de l'estomac chez l'enfant s'accordent à reconnaître la rareté de cette affection.

— Proctor, relevant les statistiques de la Clinique Mayo, de 1906 à 1924, n'a trouvé, sur 8.260 cas d'ulcères, que deux observations d'ulcères avant quinze ans, dont un ulcère du duodénum sur 6.664 cas et un ulcère de l'estomac sur 1.596 cas.

Il est juste toutefois d'ajouter que Proctor ne comprend dans cette statistique que les ulcères qu'il qualifie de *chroniques*, c'est-à-dire d'une part ceux dont les symptômes se sont manifestés au moins pendant un laps de temps de deux mois, d'autre part ceux qui, bien que n'admettant que des symptômes de courte durée, présentent un aspect calleux ou des adhérences suffisantes pour qu'on ne puisse mettre en doute leur caractère de chronicité. Toute une classe d'ulcères, au moins aussi fréquemment observée que cette dernière, est donc exclue. De même, Proctor ne rencontre, en 1925, dans la littérature mondiale que 19 cas d'ulcères chez l'enfant qui satisfont à cette définition, plus deux autres cas qu'il juge douteux.

C'est ainsi que les statistiques varient dans de notables proportions suivant les conceptions personnelles de l'auteur qui les rapporte. Il est par conséquent très difficile de se faire une opinion sur la fréquence de l'ulcère de l'estomac chez l'enfant.

— Brinton, en 1870, rapporte que, sur 226 nécropsies d'ulcères, il n'a trouvé que deux ulcères chez des enfants de moins de dix ans.

— Widerhofer, en 1880, déclare n'avoir jamais vu d'ulcères chez les enfants et ne croit pas à la possibilité de leur existence chez ces derniers.

— Kundrat, en 1880, n'a jamais observé d'ulcère chronique au-dessous de 10 ans et pense qu'il ne peut exister à cet âge que des ulcérations à évolution aiguë.

— Adler, en 1907, cite 36 cas d'ulcères gastriques mortels, dont 9 perforés.

— Cackovic, en 1912, rapporte que 2,5 p. 100 des malades opérés dans sa clinique pour ulcère de l'estomac étaient des enfants au-dessous de 10 ans; mais il rapporte aussi que, sur 262 cas de nécropsie d'ulcères de l'estomac à l'Institut pathologique de Berlin, pas un seul sujet n'était âgé de moins de 10 ans.

— Theile, en 1918, trouve les ulcères gastriques rares au-dessous de 16 ans et rapporte 119 cas.

— Butka, enfin, en 1927, trouve trois cas d'ulcères gastriques perforés chez des nourrissons au-dessous de deux mois, et rapporte que sur 7.219 nécropsies pratiquées à l'hôpital Bellevue de Los Angeles, il y avait seulement cinq cas d'ulcères gastriques chez l'enfant.

Ces quelques données, quelque discordantes et peu concluantes qu'elles paraissent, nous permettent cependant de dire que l'ulcère de l'estomac chez l'enfant, sans être d'observation courante, est cependant loin de constituer un fait clinique exceptionnel.

Notons enfin qu'il convient de faire les plus expresses réserves sur les deux points suivants :

1° Bien des ulcères passent inaperçus chez l'enfant, parce que, perdant justement de vue l'éventualité de leur existence, on ne pense pas à les diagnostiquer, s'ils ne se manifestent pas par des symptômes vraiment pathognomoniques.

OBSERVATIONS	Nos	AGE	SEXE	LOCALISATION	F. ANAT. CLIN.
—	—	—	—	—	—
Carteaux ...	4	1 jour	f.	*Ulcères multiples*	Aiguë.
Goodhart ..	10	1 jour	x.	Cardia	Aiguë.
Cocks	13	2 jours	m.	Cardia	Aiguë.
Bisset	29	2 jours	m.	Face postérieure, près cardia	Aiguë.
Billard	1	5 jours	x.	Cardia	Aiguë.
Butka	47	6 jours	f.	Grande courbure, près cardia	Aiguë.
Schwaab ..	49	6 jours	m.	Petite courbure	Aiguë.
Binz	7	11 jours	f.	Face antérieure	Aiguë.
Cade	22	2 mois	m.	Pylore	Chronique.
Tiegel	26	2 mois	f.	Pylore	Chronique.
Hibbard	17	3 mois ½	f.	Face antérieure	Aiguë.
Fenwick ...	21	20 mois	f.	2 *ulcères* petite courbure ..	Aiguë.
Barlow	12	21 mois	f.	*Ulcères multiples*	Aiguë.
Shore	50	23 mois	f.	Face postérieure	Aiguë.
Theile	36	2 ans	f.	Pylore	Chronique.
Nordgren ..	43	2 ans	f.	Face postérieure, pr. pylore.	Chronique.
Colgan	14	2 ans ½	f.	Face postérieure, pr. cardia.	Chronique.
Donné	3	3 ans	f.	Cardia	Chronique.
Reimer	9	3 ans ½	f.	Face post., près pylore	Chronique.
Bechtold ...	24	5 ans	f.	Grande courbure	Chronique.
Guntz	6	6 ans	m.	Face post., près pylore	Chronique.
Norrlin ...	40	7 ans	f.	Pylore	Chronique.
Stowell	30	8 ans	f.	2 *ulcères* petite courbure ..	Chronique.
Lund	32	8 ans	m.	Petite courbure, près pylore	Chronique.
Carro	39	8 ans	f.	Pylore	Chronique.
Loubat	52	8 ans	m.	Pylore	Chronique.
Buzzard ...	5	9 ans	f.	Petite courbure	Chronique.
Leith	16	10 ans	f.	Grande courbure	Aiguë.
Fenwick ...	20	10 ans	m.	2 *ulcères* petite courbure ..	Aiguë.
Barber	23	10 ans	m.	4 *ulcères*, dont 2 perforés ..	Aiguë.
Thorling ...	44	11 ans	f.	Pylore	Chronique.
Eröss	11	12 ans	f.	3 *ulcères* face postérieure ..	Chronique.
Fenwick ...	19	12 ans	f.	Petite courbure	Aiguë.
Eiselsberg ..	27	12 ans	f.	Pylore	Chronique.
Paterson ...	31	12 ans	m.	Face postérieure	Chronique.
Sanjck	38	12 ans	m.	Pylore	Chronique.
Weber	46	12 ans	m.	Pylore	Chronique.
Robinson ..	58	12 ans	m.	Face antérieure	Chronique.
Larget	51	12 ans	f.	Pylore	Chronique.
Rufz	2	13 ans	f.	Petite courbure, près pylore	Chronique.
O'Farrel ...	15	13 ans	m.	Face postérieure	Chronique.
Fenwick ...	18	13 ans	f.	*Nombr. ulcères* face antér...	Aiguë.
Watson Cheyne.	25	13 ans	m.	Face antérieure	Chronique.
Cackovic ..	35	13 ans	m.	Pylore	Chronique.
Theile	37	13 ans	f.	Face ant., près pte courbure	Chronique.
Verliac	8	14 ans	m.	Cardia	Chronique.
Robinson ..	28	14 ans	m.	*Ulcères multiples*	Chronique.
Cackovic ..	33	14 ans	m.	Pylore	Chronique.
Proctor	41	14 ans	m.	Pylore	Chronique.
Michaëlsonn.	42	14 ans	f.	Pylore	Chronique.
Cackovic ...	34	15 ans	m.	Pylore	Chronique.
Weber	45	15 ans	m.	Pylore	Chronique.

2° Bien des ulcères de l'adulte se sont depuis longtemps manifestés dans l'enfance et il est facile à ce moment d'en suivre une évolution clinique rétrograde.

Age

Quelle est l'influence de l'âge dans l'apparition des ulcères gastriques de l'enfant ? Ou plutôt, étant donné que ceux-ci, à moins de complications graves, passent fréquemment inaperçus, à quel âge les rencontre-t-on le plus souvent ? Y a-t-il une période de l'enfance qui en soit absolument exempte ?

La plupart des auteurs, à la suite de Kundrat, Cutler et plus récemment Theile, nient l'existence d'ulcères vrais dans la première décade de la vie. Certains autres auteurs par contre, tels que Schmidt estiment que l'ulcère gastrique, comme l'ulcère duodénal, est beaucoup plus fréquent pendant la première année de la vie qu'à n'importe quel âge.

Cet antagonisme d'opinions est plus apparent que réel. Schmidt envisage tous les ulcères, tant aigus que chroniques, alors que les autres auteurs ne comprennent dans leurs statistiques que les ulcères chroniques, du type de l'ulcère de Cruveilhier, à l'exclusion de toutes les autres ulcérations de nature plus ou moins aiguë.

Nous nous bornerons à noter, pour notre part, que plusieurs auteurs, en particulier Nordgren, qui rapporte un cas typique d'ulcère calleux perforé chez un enfant de deux ans, ont rencontré des ulcères chroniques avant l'âge de 10 ans.

Pour fixer les idées, nous avons relevé dans le tableau d'ensemble ci-dessus, en face de l'âge et du sexe des 53 petits malades dont nous rapportons les observations, la localisation et la forme anatomo-clinique de leurs ulcères.

En nous reportant à ce tableau, nous trouvons :

de 1 jour à 1 mois : 8 cas, soit 15,38 p. 100 des cas totaux;
de 1 mois à 2 ans : 8 cas, soit 15,38 p. 100 —
de 2 ans à 5 ans : 4 cas, soit 7,69 p. 100 —
de 5 ans à 10 ans : 9 cas, soit 17,32 p. 100 —
de 10 ans à 15 ans : 23 cas, soit 44,23 p. 100 —

On voit, d'après ce tableau, qu'aucune période de l'enfance n'est exempte d'ulcères. On trouve cependant un maximum de fréquence très net dans les premiers mois et tout spécialement dans les premiers jours de la vie ainsi qu'à partir de l'âge de 10 ans. C'est de 2 ans à 9 ans que les ulcères sont le plus rares.

Sexe.

Sur nos 53 observations le sexe est mentionné 50 fois.

Nous rencontrons 23 garçons contre 28 filles, soit une majorité de 55 p. 100 en faveur de ces dernières. Un pourcentage à peu près équivalent est mentionné sans commentaires par la majorité des auteurs.

Hérédité.

Huber le premier, en 1907, a soulevé la question de l'hérédité au sujet de l'ulcère de l'estomac chez l'enfant. Au cours de nos observations nous n'avons relevé qu'un seul cas d'ulcère dans les ascendants d'un de nos petits malades (Obs. 41) : la mère de l'enfant était elle-même atteinte d'ulcère du duodénum, et Proctor, qui souligne ce fait, déclare n'en avoir jamais rencontré de semblable.

Autres facteurs étiologiques

Tous les facteurs incriminés chez l'adulte dans l'étiologie de l'ulcère de l'estomac ne se retrouvent pas chez l'enfant, et certains auteurs ont voulu voir dans ce fait une des raisons de la rareté relative de cette affection dans l'enfance. C'est

ainsi que le lait, les bouillies, les purées, les compotes, les confitures, etc... qui sont longtemps à la base de l'alimentation infantile possèdent une action irritante sur la muqueuse gastrique évidemment bien moindre que l'alimentation de l'adulte. En tout cas, certains facteurs irritants au premier chef tels que : alcool, tabac, épices, etc. sont, pour ainsi dire, toujours absents chez l'enfant.

Certains auteurs au contraire ont insisté sur ce fait que beaucoup d'enfants ont la mauvaise habitude de manger trop vite et aussi de manger trop, mettant ainsi fréquemment leur estomac à une rude épreuve, ce qui compenserait largement les restrictions que nous venons de faire.

Plus intéressant paraît être l'argument de Bauer qui montre que, étant donné les conditions de motricité de l'estomac infantile, le chyme alimentaire est évacué dans le duodénum beaucoup plus vite que chez l'adulte. Par conséquent l'irritation que peuvent produire les aliments sur la muqueuse gastrique est bien plus brève, donc moindre que chez l'adulte.

Tous ces facteurs d'ailleurs, que nous avons mentionnés parce qu'on les retrouve dans tous les ouvrages concernant la question, nous semblent être d'une importance bien plus théorique que réelle, et l'étiologie vraie de l'ulcère de l'estomac, chez l'enfant comme chez l'adulte, est à peu près — il faut bien le dire — entièrement inconnue.

PATHOGENIE

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la manière dont se développe l'ulcère de l'estomac est aussi peu connue que les causes susceptibles de le provoquer.

I. — Rôle du suc gastrique.

Il est aujourd'hui communément admis que le suc gastrique joue un rôle prépondérant : c'est le suc gastrique qui, par son acide chlorhydrique libre associé à son pouvoir peptique, confèrerait à une ulcération quelconque le caractère de chronicité qui est l'apanage de l'ulcère de Cruveilhier. La paroi gastrique subirait au niveau de la lésion initiale des modifications dûes d'une part à une sorte de phénomène d'auto-digestion, d'autre part à la réaction de défense propre de la paroi contre ce processus destructif, modifications dont le résultat serait la *réaction interstitielle* qui signe l'ulcère chronique ordinaire. C'est pourquoi l'ulcère ne se produit que dans les régions du tube digestif soumises au contact d'un suc gastrique acide : l'estomac, la première portion du duodénum, et, après gastro-entérostomie, l'anse efférente du jéjunum.

Or, il a été prouvé par Léo, Bauer et von Hecker que, chez l'enfant et surtout pendant les quatre premières années de son existence, l'acidité gastrique — en particulier l'acide chlorhydrique — est produite aussi bien normalement qu'à l'état

pathologique en quantité bien moindre que chez l'adulte. Certains auteurs en ont conclu qu'un ulcère chronique de l'estomac ne pouvait par suite se développer à cet âge. Cela est si peu vrai que non seulement on rencontre des ulcères chroniques chez de très jeunes enfants (Obs. 43, de Nordgren), mais encore quelques cas d'ulcus peptique du jéjunum ont été signalés chez ces derniers (Obs. 26, de Tiegel; Obs. 42, de Michaelsonn). D'ailleurs, Léo ne prétend point que dans cette période de la vie il ne puisse exister d'hyperchlorhydrie puisqu'il a trouvé, même chez le nourrisson, des cas d'hyperacidité organique et anorganique. Donc, en dépit de la rareté de l'hyperchlorhydrie chez l'enfant, l'ulcère chronique peut se développer, chez lui, exactement de la même manière que chez l'adulte.

II. — Rôle des troubles circulatoires et nerveux.

Shore, étudiant à propos d'un cas personnel, l'étiologie et la pathogénie des ulcères aigus, considère que ces derniers sont toujours produits par un trouble local de la circulation et entretenus par la suite par la digestion complète ou partielle de la surface lésée. Il s'attache à discerner les causes du trouble circulatoire initial, qu'il range sous cinq chefs principaux :

congestion;
embolie;
thrombose;
maladies vasculaires;
blessures directes de la muqueuse;
maladies du système nerveux.

1° *Congestion.*

La congestion extrême des artérioles et des veinules, en provoquant des ruptures vasculaires interstitielles, serait la plus importante des causes d'ulcérations aiguës de l'estomac. Chez

les nouveaux-nés, cette congestion serait liée à la congestion de tous les vaisseaux abdominaux dûe au phénomène de la naissance.

Plus tard, la congestion peut être causée par de nombreux facteurs : cardiopathies, cirrhose du foie ou plus fréquemment dilatation excessive de l'estomac. C'est ainsi que Talma était capable de produire expérimentalement des hémorragies de la muqueuse gastrique du lapin par la simple surdistension de l'estomac. Par la suite, un ramollissement se produisait dû à l'auto-digestion de la paroi, avec nécrose consécutive et perforation.

2° *Embolie.*

Il est logique de penser que des lésions par embolie puissent survenir dans l'estomac, bien qu'elles semblent peu fréquentes. C'est ainsi que Theile a réuni cinq cas d'ulcère de l'estomac chez des enfants, paraissant être en relation avec un processus infectieux concomitant. De ces enfants, deux avaient une pneumonie, des autres, l'un avait la fièvre typhoïde, un autre la rougeole, le troisième, la scarlatine.

L'ulcération de l'estomac secondaire à une endocardite en activité n'a jamais été signalée chez l'enfant.

Notons encore que certains auteurs, à la suite de Landau, considèrent que des embolies de la veine ombilicale rapidement thrombosée sont la cause des lésions vasculaires de l'estomac et du duodénum qui ont déjà été mentionnées comme étant très fréquentes chez de très jeunes enfants.

3° *Thrombose.*

Theile fait jouer un rôle important à l'hypotrophie et à l'athrepsie dans l'étiologie des ulcères gastriques. Shore se demande si ces derniers ne pourraient pas être attribués dans ces cas à la thrombose veineuse, les veines étant remplies de sang à peu près stagnant, résultat d'une circulation affaiblie et insuffisante.

4° *Maladies vasculaires.*

Nous ne citerons que pour mémoire les affections des parois vasculaires, peut-être quelquefois en cause chez l'adulte, qui sont à peu près complètement inconnues chez l'enfant.

5° *Blessures directes de la muqueuse.*

Bien entendu, les blessures directes de la muqueuse et des vaisseaux sanguins sous-jacents par des solutions caustiques ou acides, par des corps étrangers, par des débris d'aliments doivent toujours être envisagées. Ce sont là des faits assez fréquemment mis en cause et qu'il est généralement facile de vérifier.

6° *Causes nerveuses.*

Dans certaines conditions, il se produirait un spasme localisé aux petits vaisseaux d'une portion de la paroi gastrique qui donnerait naissance à une ulcération susceptible d'évoluer ensuite suivant l'allure générale d'un ulcère aigu ou chronique. Shore fait entrer dans cette catégorie plus ou moins hypothétique tous les ulcères qui ne peuvent être rattachés à aucun des groupes précédents.

III. — Rôle du pouvoir régénérateur de la muqueuse.

Il faut enfin faire une place importante, avec Sokolow, à la faculté de régénération de la muqueuse gastrique, manifestement beaucoup plus grande chez l'enfant que chez l'adulte, ce qui n'est qu'un corollaire des propriétés plus actives du tissu infantile en général. Cet état de choses est évidemment susceptible d'entraîner assez fréquemment des modifications dans l'évolution des ulcères de l'enfant.

Theile et Hauser par exemple pensent que dans quelques

cas le processus de réparation peut être suffisant pour changer une lésion aiguë à tendance perforante en ulcère simple chronique.

IV. — **Conclusion.**

Au cours de ce chapitre, nous n'avons pas cherché à exposer les différentes théories qui prétendent expliquer la pathogénie de l'ulcus gastrique en général. Nous avons simplement voulu montrer quels sont, chez l'enfant, des points essentiels qui dominent la question. Nous nous sommes efforcé de mettre en lumière les opinions les plus autorisées et les plus récentes, sans tenter d'en tirer des conclusions qui seraient au moins téméraires dans l'état actuel de nos connaissances.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ulcères uniques. — Ulcères multiples.

L'ulcère de l'estomac chez l'enfant est généralement unique. Dans un certain nombre de cas cependant, on trouve deux ou plusieurs ulcères. Ces ulcères évoluent en général de pair lorsqu'on a affaire à des ulcères aigus : c'est ainsi que dans l'observation 20, de Fenwick (ulcère aigu), on trouva, à la nécropsie, sur la petite courbure, à 1 pouce du pylore, 2 ulcères ronds en activité séparés par une mince bride de muqueuse; le plus grand mesurait 1 pouce, et le plus petit environ 1/2 pouce de diamètre; les deux ulcères possédaient des bords taillés à pic et avaient intéressé la séreuse.

Ils évoluent au contraire presque toujours chacun pour son propre compte, lorsqu'il s'agit d'ulcères chroniques; dans l'observation 2, d'Eröss (ulcère chronique), l'examen nécropsique décela d'une part un ulcère perforé dans l'arrière-cavité des épiploons, de forme circulaire, d'un diamètre de 2 cm. 5, d'autre part, sur la face postérieure de l'estomac, 2 autres pertes de substance, la première comme une lentille, la seconde comme une pièce de cinquante centimes, circulaires, avec bords aigus, mais ne dépassant pas la sous-muqueuse en profondeur. Sur les 53 observations que nous rapportons, nous avons trouvé :

44 ulcères uniques soit 84 p. 100 des cas totaux;
9 ulcères multiples, soit 16 p. 100 id.

Localisation.

La région pylorique est le lieu d'élection des ulcères gastriques.

Cette affinité pour le pylore est cependant moins marquée chez l'enfant que chez l'adulte ; d'autre part, les ulcères situés au niveau du cardia ou dans son voisinage sont chez l'enfant bien plus nombreux que chez l'adulte, alors qu'au contraire les ulcères de la petite courbure, situés à la fois en dehors des zones d'influence du pylore et du cardia, sont beaucoup plus rares.

Dans nos observations, nous avons relevé les localisations suivantes :

1° *Ulcères uniques :*

région du pylore	22 cas,	soit 51,15 % ;
région du cardia	8 cas,	soit 18,60 % ;
petite courbure	3 cas,	soit 6,95 % ;
grande courbure	2 cas,	soit 4,70 % ;
face antérieure	5 cas,	soit 11,65 % ;
face postérieure	3 cas,	soit 6,95 %.

2° *Ulcères multiples :*

Obs. 4, de Carteaux : ulcérations multiples sur la face antérieure et la face postérieure.

Obs. 11, d'Erôss : 3 ulcères sur la face post., dont 1 perforé.

Obs. 12, de Barlow : 5 ulcères dont 1 au niveau du cardia, 2 sur la face antérieure, 2 près du pylore.

Obs. 18, de Fenwick : plusieurs ulcères sur la face antérieure de l'estomac.

Obs. 20, de Fenwick : 2 ulcères sur la petite courbure, près du pylore.

Obs. 21, de Fenwick : 2 ulcères sur la petite courbure, près du pylore.

Obs. 23, de Barber : 4 ulcères, dont 2 perforés.

Obs. 28, de Robinson : ulcérations multiples sur la face antérieure et la face postérieure.

Obs. 30, de Stowell : 2 ulcères perforés sur la face postérieure, près du pylore.

Ulcères aigus. — Ulcères chroniques.

Au cours de notre travail, nous avons rencontré : 20 cas d'ulcères aigus et 33 cas d'ulcères chroniques, soit :

ulcères aigus : 38 p. 100 des cas ;

ulcères chroniques : 62 p. 100 des cas.

Nous étudierons à part les caractères morphologiques essentiels des uns et des autres.

Ulcères aigus.

D'une façon générale, ce qui caractérise anatomiquement l'ulcère aigu c'est de se présenter comme une perte de substance dont les parois ne révèlent aucun signe net de réaction interstitielle, de dégénérescence ou de cicatrisation.

Macroscopiquement, on constate une ou plusieurs ulcérations, de forme généralement mais non toujours circulaire, de dimensions extrêmement variables, pouvant aller de celle d'un grain de mil à celle d'une pièce de deux francs. Les bords ne sont ni surélevés, ni épaissis, mais aigus, taillés à l'emporte-pièce dans une muqueuse qui paraît saine, dont la couleur, la consistance et l'épaisseur sont normales. Le fond qui est mou, non induré, est constitué par la musculeuse ou la séreuse, suivant le degré de profondeur du processus destructif, la destruction de la séreuse entraînant bien entendu la perforation de l'ulcère.

Cette tendance à creuser très vite en profondeur est en défi-

nitive — avec l'absence de réaction interstitielle — la seconde caractéristique anatomique essentielle des ulcères aigus, à tel point que Rokitansky a proposé de désigner ces derniers sous le nom d'*ulcères perforants.*

L'examen microscopique montre fréquemment un certain degré d'œdème de la sous-muqueuse et la thrombose des petits vaisseaux avoisinant l'ulcère mais jamais trace de tissu scléreux.

Ulcères chroniques.

Les ulcères chroniques de l'enfant sont morphologiquement à peu près semblables à ceux de l'adulte. Ce sont des pertes de substance ordinairement circulaires, à bords indurés, épaissis, calleux, à fond grisâtre et également induré. Leurs dimensions sont variables : ils mesurent en moyenne de 1 centimètre à 3 cm. 5 ; leur forme aussi est variable ; assez fréquemment, ils se présentent comme des *ulcères linéaires* (Cackovic). La coupe de l'ulcère montre que celui-ci est taillé dans un tissu scléreux, criant sous le scalpel, où l'histologie ne distingue plus que très difficilement les couches anatomiques normales de la paroi gastrique.

L'ulcère chronique en évolution peut entraîner les mêmes complications anatomiques que chez l'adulte : ulcération vasculaire (d'où hémorragies) perforation (d'où péritonite, généralisée presque toujours ; les péritonites localisées sont extrêmement rares chez l'enfant).

L'ulcère cicatrisé peut occasionner des sténoses : sténose médio-gastrique, ou plutôt sténose pylorique dont l'observation 8, de Verliac nous offre un exemple saisissant, avec rupture consécutive de l'estomac. Dans certains cas, l'ulcère peut n'être cicatrisé que partiellement et continuer à évoluer d'autre part (observation 43, de Nordgren, rapportée par Michaelsonn).

Histologiquement, l'ulcère chronique est caractérisé par la prolifération plus ou moins étendue de tissu fibreux dans tou-

tes les tuniques de l'estomac, avec œdème, congestion et modifications glandulaires. Au pourtour de l'ulcère chronique, la muqueuse présente à des degrés divers des lésions caractérisant la gastrite interstitielle ou parenchymateuse.

Ulcères aigus et Ulcères chroniques récents.

Les ulcères aigus et les ulcères chroniques tels que nous les avons décrits ont assez peu de liens de parenté. C'est que nous avons pris comme exemples les cas extrêmes : ulcères aigus typiques, ulcères chroniques anciens.

Les ulcères chroniques *récents* (ulcus curable, de Mathieu; frische ulzera, de Faber) sont peu différents au point de vue anatomo-pathologique de certains ulcères aigus, et nous ne saurions terminer ce chapitre sans souligner l'importance de ce fait et sans rappeler que plusieurs auteurs tels que Cackovic, Mathieu, Theile et plus récemment Weber et Michaëlsonn pensent qu'un ulcère aigu peut toujours être à l'origine d'un ulcère chronique.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — Des ulcères aigus.

L'étude de la symptomatologie des ulcères aigus de l'enfance ne nous retiendra pas longtemps, puisque, dans l'immense majorité des cas, ces derniers ne possèdent pas d'histoire clinique autre que la complication — hémorragie ou perforation — qui a entraîné rapidement la mort. Dans les autres cas, ils surviennent, comme il a été dit d'autre part, au cours ou à la suite d'une infection ou d'une intoxication générales quelconques et ne se présentent de ce fait que comme un épiphénomène qui est presque toujours sinon toujours une trouvaille d'autopsie.

— Chez le nouveau-né et chez le nourrisson, les ulcères aigus présentent en général comme unique symtôme les *hémorragies :* tantôt il s'agit d'une seule hématémèse foudroyante (obs 4, de Carteaux), tantôt de plusieurs hématémèses, accompagnées ou non d'hémorragies intestinales (obs 1, de Billard ; obs. 10, de Goodhart ; obs. 13, de Cocks ; obs. 49, de Schwaab), tantôt enfin d'hémorragies intestinales sans hématémèses : *melaena des nouveaux-nés* (melaena neonatorum) des anciens accoucheurs (obs. 29, de Bisset). Ces hémorragies commencent à se manifester dès le premier jour de la vie et peuvent se poursuivre pendant plusieurs jours : six jours dans le cas de Schwaab; elles sont toujours mortelles.

Dans certains cas, ce sont les *vomissements* qui dominent la

scène clinique, et les selles sanglantes n'interviennent que comme épisode terminal (obs. 7, de Binz). D'autres fois, il n'existe ni hémorragies ni vomissements et la perforation survient d'emblée (obs. 47, de Butka).

Chez le nourrisson, on peut penser qu'il existe un rapport important entre les ulcères aigus et l'athrepsie, selon l'opinion que Helmholz a soutenue au sujet des ulcères du duodénum dans la première année de la vie : l'athrepsie entraînerait un affaiblissement des parois gastrique et intestinale à telle enseigne que les ulcères peptiques pourraient dès lors s'y développer très facilement.

— Chez l'enfant plus âgé, on ne rencontre plus guère les formes purement hémorragiques que nous avons décrites plus haut.

Les cas d'ulcères aigus rapportés dans la littérature entre 2 et 15 ans sont presque tous des ulcères aigus *secondaires* : à une diphtérie (obs. 17, de Hibbard), à une pneumonie (obs. 20, de Fenwick), à une varicelle compliquée de noma (obs. 21, de Fenwick), à des brûlures graves (obs. 19, de Fenwick), etc. et sont restés méconnus jusqu'à l'examen nécropsique.

Quelques cas, très rares, sont cependant *primitifs* : ils se sont manifestés, chez des sujets bien portants jusque là, par une perforation subite suivie de péritonite généralisée : obs. 50, de Shore ; obs. inédite 53, due à M. le Docteur Lafargue.

Ce rapide coup d'œil sur la symptomatologie que présentent en général les ulcères aigus de l'enfance montre les difficultés que l'on rencontre pour établir un diagnostic précis et, par suite, le peu d'intérêt pratique de ce dernier, sauf dans les cas de perforation où une intervention peut être envisagée.

II. — Des ulcères chroniques.

Il peut arriver qu'un ulcère, anatomiquement de nature chronique, se manifeste d'emblée chez un enfant bien portant jusque là par une hématémèse considérable ou par une perforation que rien ne faisait prévoir. C'est l'exception. Nous étudierons tout d'abord avec quelque détail les signes gastriques plus ou moins chroniques qui permettent de soupçonner, quelquefois d'affirmer un ulcère chronique de l'estomac chez un enfant.

A. — Signes fonctionnels.

Les signes fonctionnels sont capitaux dans la symptomatologie de l'ulcère chronique, chez l'enfant comme chez l'adulte, et parmi ceux-ci la *douleur* vient encore au premier rang.

1° *La Douleur.*

C'est le symptôme essentiel que l'on rencontre dans les 4/5 des cas, et dont il faut s'attacher à décrire les différents caractères.

Horaire.

Dans les cas typiques, la douleur survient à heure fixe, en moyenne de 1 heure à 3 heures après les repas. Mais, dans bien des cas, surtout au début de l'affection, elle ne survient pas régulièrement, admet un horaire capricieux, tantôt précoce, tantôt tardif, est variable dans son apparition d'un jour à l'autre, se manifestant quelquefois à n'importe quel moment du jour ou de la nuit : la douleur de 2 heures du matin (obs. 41, de Proctor ; obs. 32, de Loubat) est assez souvent observée ; la douleur le matin à jeun est beaucoup plus rare (obs. 45, de Weber). En règle générale, et sans donner de plus grandes

précisions qui cadreraient mal avec la réalité clinique, on peut dire que la douleur est d'ordinaire *post-prandiale* ou à *maximum post-prandial*.

Siège.

Normalement, la douleur est à *siège épigastrique*. Cependant, étant donné l'âge de nos petits malades, il est aisé de comprendre que fréquemment ils localisent mal les points douloureux et se plaignent grossièrement de « souffrir du ventre »; et lorsqu'on leur demande de montrer l'endroit dont ils souffrent, ils désignent de la main toute la région abdominale. D'autres fois, la douleur semble localisée à droite; il est alors bien difficile de ne pas songer plutôt à l'appendicite.

Irradiations.

Cette douleur irradie peu ou pas : tous les auteurs sont d'accord sur ce point. En particulier, pas d'irradiations dans l'épaule, ni surtout dans le dos : chez l'enfant, la « douleur en broche », telle qu'elle a été décrite par Cruveilhier, n'existe pas.

Intensité.

L'intensité est extrêmement variable : elle va d'une simple sensation de gêne ou de pesanteur gastriques, de tension épigastrique à la douleur paroxystique atroce, comparable à des brûlures ou à des morsures profondes, empêchant tout repos : les malades alors se penchent en avant, ou se couchent sur le ventre ou se recroquevillent en chien de fusil; des convulsions ont même été observées (obs. 14, de Colgan). Ces cas d'une acuité extrême constituent des exceptions; la plupart du temps, la douleur paraît être d'intensité moyenne; fréquemment même elle est remarquable par sa bénignité, ce qui explique la latence de nombreux ulcères chez l'enfant.

Notons encore que l'intensité semble augmenter avec l'ancienneté de l'affection.

Durée.

La durée est également très variable, suivant les cas, et surtout, semble-t-il, suivant la localisation et l'ancienneté de la lésion; des douleurs qui, au début, ne duraient que 1/2 heure à 1 heure, peuvent, quelques mois après, se poursuivre tous les jours pendant plusieurs heures — trois, quatre, cinq et six heures quelquefois — ou même ne pas cesser pendant plusieurs jours et présenter seulement une atténuation entrecoupée de temps à autre de paroxysmes violents.

Calmants.

L'ingestion d'un peu d'eau, d'une petite quantité d'aliments, de lait, d'une poudre alcaline ou inerte calme quelquefois assez rapidement la douleur, surtout au début. Plus tard, il nous a semblé que ces petits moyens ne possédaient plus guère d'efficacité.

2° *Les Vomissements.*

Les vomissements, qui constituent un symptôme si banal de tant d'affections de l'enfance, se rencontrent presque aussi fréquemment que la douleur dans l'ulcère de l'estomac (3/4 des cas environ). Mais, précisément en raison de leur fréquence dans de multiples états pathologiques infantiles, ils n'ont pas la même importance séméiologique que cette dernière, et ne sauraient dans bien des cas être considérés à eux seuls comme caractéristiques.

Ils surviennent en général à la suite de la douleur qu'ils calment d'ordinaire soit pendant un moment, soit définitivement. Ce sont alors des vomissements alimentaires et d'une acidité remarquable. Le plus souvent, ils ne se reproduisent pas tous les jours et suivent une évolution des plus capricieuses.

Les vomissements filants, glaireux, bilieux, survenant le matin à jeun, que l'on rencontre assez souvent dans l'ulcère de l'adulte, sont rares chez l'enfant.

Les vomissements enfin possèdent une réelle valeur diagnostique lorsqu'ils se reproduisent régulièrement et que l'on peut y retrouver des débris d'aliments ingérés la veille ou l'avant-veille; une sténose pylorique est dès lors à envisager : c'est ce qui s'est passé pour le petit malade de notre observation n° 52.

3° *Les Hématémèses.*

L'hématémèse est le signe le plus caractéristique de l'ulcère, le maître-symptôme qui peut permettre de poser à lui seul un diagnostic rare chez l'enfant, lorsqu'il se présente avec ses caractères classiques : vomissement de sang rouge, suivi de melaena et s'accompagnant de collapsus plus ou moins marqué. Mais c'est un signe très inconstant : nous ne le rencontrons guère que dans 1/4 de nos observations; encore ces hématémèses sont-elles loin d'être toutes absolument typiques.

L'hématémèse peut présenter toutes les variétés de coloration, depuis le sang non altéré, rouge vermeil (obs. 43, de Nordgren) jusqu'au sang digéré, marc de café (obs. 3, de Donné).

La quantité varie également beaucoup : tantôt il s'agit de simples stries sanglantes dans les vomissements (obs. 36, de Theile), tantôt la quantité de sang vomi est d'abondance moyenne (a valeur d'une tasse à thé, dans l'obs. 32, de Lund), tantôt enfin l'hématémèse est considérable et foudroie le malade en quelques instants (obs. 8, de Verliac).

Enfin, dans certains cas, elle est unique; dans certains autres, par sa répétition, elle conduit rapidement à la mort (obs. 9, de Reimer).

Il n'y a donc rien en somme qui caractérise spécialement l'hématémèse de l'enfant.

Symptômes accessoires.

La sialorrhée, le pyrosis, les aigreurs sont assez fréquemment observés. L'appétit est tantôt augmenté, tantôt diminué;

dans un certain nombre de cas, il est augmenté au début, puis diminue à mesure que les manifestations douloureuses deviennent plus violentes.

La constipation est de règle : elle est parfois très marquée.

Dans les cas typiques (obs. 41, de Proctor ; obs. 44, de Thorling ; obs. 46, de Weber ; obs. 51, de Larget), tous ces symptômes, en particulier les douleurs, se présentent sous forme de *crises périodiques*, se reproduisant à tous les repas, pendant quatre ou cinq jours, crises séparées entre elles par des phases d'accalmie complète ou presque complète durant des semaines, quelquefois des mois. Ces crises périodiques correspondent aux poussées évolutives de la lésion. En cas de symptomatologie fruste, réduite uniquement à des douleurs, ce qui est fréquent, elles sont un des plus sûrs éléments du diagnostic, de sorte qu'à l'interrogatoire, qui est absolument capital, on devra toujours faire préciser par l'entourage de l'enfant le moment des crises non seulement dans la journée, mais aussi dans la semaine, dans le mois et dans l'année. Notons à ce sujet que certains auteurs, comme Proctor, attribuent une certaine influence aux saisons sur l'évolution de ces crises périodiques qui se manifesteraient d'une façon plus violente à la fin de l'hiver et au printemps.

D'ailleurs, la plupart du temps, ce ne sont pas ces formes cliniques typiques, calquées sur l'ulcère de l'adulte, que l'on rencontre.

Dans la majorité des cas, les douleurs sont plus continues, les intervalles libres sont plus courts et moins nets, ou même n'existent pas du tout. Les formes à symptômes atténués et les formes latentes paraissent assez fréquentes. Nous avons cependant la conviction que dans bien des cas qualifiés de frustes ou de latents, un interrogatoire soigneux et méthodique des parents aurait fait découvrir dans les antécédents des symptômes plus ou moins caractéristiques d'ulcère, si l'éventualité de cette affection avait été envisagée avant l'intervention ou la nécropsie révélatrices.

B. — Signes physiques.

Les signes physiques fournis par l'examen du malade en dehors des crises douloureuses sont souvent nuls, presque toujours très effacés, en l'absence de sténose pylorique.

On observe en général de la douleur à la pression de la région épigastrique, banale chez tous les dyspeptiques.

L'abdomen est souple et se laisse facilement déprimer; le point de Mac Burney n'est pas douloureux à la palpation, signe négatif important.

Dans le cas de sténose pylorique, on pourra voir quelquefois des ondulations péristatiques se dessiner sous la paroi abdominale; on observera surtout la distension de l'estomac à jeun avec présence de liquide de stase qui donne lieu au *clapotage gastrique*, produit par un coup sec de la main qui palpe l'épigastre, ou par la manœuvre plus pénible de la succussion hippocratique

C. — Signes généraux.

L'ulcus entraîne des troubles généraux : anémie, amaigrissement, asthénie qui sont sous la dépendance des vomissements et des hématémèses, mais, en dehors de ces faits que 'on rencontre également chez l'adulte, on note fréquemment un *retard de développement* important, d'autant plus marqué que l'affecton est plus ancienne et qu'elle est survenue chez un sujet plus jeune.

— Chvostek, en 1882, rapporte l'observation d'un jeune homme de 18 ans, mort d'un ulcère du cardia, après avoir présenté des douleurs gastriques et des vomissements depuis l'âge de quatre ans. « Il a subi, dit-il, un arrêt total de son développement physique, de telle sorte qu'on le prendrait

pour un garçon de 11 ans, si on ne savait son âge; il ne présente aucune trace de poils au pubis; la stature est frêle; les muscles sont mous, petits; le tissu cellulaire sous-cutané est presque dépourvu de graisse; la peau et les muqueuses sont pâles; la force musculaire est faible. »

— Lasnier, en 1908, rapporte l'observation (service du Docteur Parmentier) d'une fille de 12 ans, qui présentait des signes d'ulcère depuis l'âge de quatre ans, et qui guérit ensuite par le régime et le traitement médical. « La malade, dit-il, présente un retard manifeste dans son développement physique. Elle a 12 ans; on lui en donnerait 8. Tout d'abord, il n'existe aucun signe de puberté; la région pubienne est glabre; les seins et la région thyroïdienne sont ceux d'un enfant; il n'y a eu aucun début de menstruation. Les téguments sont pâles, les membres grêles, le pannicule adipeux est peu développé. Les fonctions psychiques sont indemnes. L'intelligence de l'enfant est plutôt au-dessus de la moyenne. De plus, la taille est de 1 m. 23, le poids de 21 kg. 500, alors qu'un frère d'un an plus jeune mesure 1 m. 42 et pèse 30 kg. 500, et qu'une sœur de dix-neuf mois moins âgée a 1 m. 27 de taille et 21 kg. de poids. On ne trouve nulle part de déformation osseuse rachitique. »

— Guntz (obs. 6) rapporte :

« L'enfant (un garçon de 6 ans) présente pour son âge un retard considérable dans son développement. Il est amaigri au plus haut point. La tête est remarquablement grosse, le front étroit, l'occiput très développé et son diamètre transverse considérable. Les yeux sont profondément enfoncés dans l'orbite. Les téguments sont d'un manière générale brunis ; la graisse est rare et la peau du ventre paraît presque desséchée; le pli que l'on fait en pinçant la peau ne s'efface pas quand on l'a lâchée. La mère, interrogée sur les antécédents de son enfant, raconta que son garçon, bien qu'on ne lui eût jamais épargné la nourriture ni les soins, ne se développait que diffi-

cilement et qu'il n'avait jamais eu l'apparence d'un enfant bien portant. »

— Reimer (obs. 9) rapporte :

« Enfant (fille de 3 ans 1/2) anémique, mal développée, avec traces d'un rachitisme terminé. Caractère porté aux larmes. D'après les renseignements, il ressort que l'enfant, depuis sa première année, a souffert de troubles de la digestion qui l'ont affaiblie. »

— Proctor (obs. 41) rapporte :

« Un garçon, âgé de 14 ans, chétif et délicat, qui se plaignait de troubles gastriques depuis six ans, présentait un retard de développement marqué, à tel point qu'on lui aurait donné plusieurs années de moins que son âge réel. »

Nous avons cru devoir insister assez longuement sur ces faits parce qu'ils sont absolument caractéristiques de l'ulcère de l'enfance et qu'ils en représentent une forme clinique assez fréquente comme nous pouvons en juger.

D. — Signes fournis par le laboratoire.

On a demandé au laboratoire, surtout au cours de ces dernières années, par l'examen du liquide gastrique à jeun ou après repas d'épreuve, par la recherche des hémorragies occultes dans le liquide de stase ou dans les fèces, des renseignements analogues à ceux qu'il apporte dans le diagnostic de l'ulcus de l'adulte.

D'après les essais qui ont été tentés jusqu'ici, les renseignements que l'on peut tirer des analyses de laboratoire présentent beaucoup moins d'intérêt que chez l'adulte en raison de la faible teneur en acides — principalement en acide chlorhydrique libre — du suc gastrique infantile normal, fait sur lequel nous avons insisté en étudiant la pathogénie du syndrome ulcéreux chez l'enfant. L'hyperchlorhydrie à l'état

pathologique est de ce fait presque toujours absente ou bien très peu marquée si elle existe.

Parmentier et Lasnier, dans un cas d'ulcère de l'estomac chez une fillette de 12 ans, rapporté plus haut, n'ont trouvé, à l'examen chimique du suc gastrique après repas d'épreuve, qu'une valeur de A (acidité totale) égale à 1,09 et de H (acide chlorhydrique libre) égale à 0.

De tous les auteurs qui se sont livrés à ces recherches, Martinez est peut-être le seul qui ait trouvé chez des enfants atteints d'ulcère des chiffres montrant une hyperchlorhydie manifeste et durable :

Chez une fille de 11 ans : H = 1,27 A = 1,64
Chez un garçon de 11 ans : H = 1,27 A = 2,73

En conséquence, si la constatation d'hyperacidité, en particulier une augmentation nette de la valeur de H, doit être considérée comme un symptôme important en faveur d'un ulcère gastrique, la non constatation de ce symptôme ou même une hypochlorhydrie manifeste ne sauraient prévaloir contre les signes cliniques de probabilité d'un ulcère.

Les autres signes de laboratoire : analyse du liquide de stase à jeun, recherche des hémorragies occultes (par les réactions de Weber, de Kastle-Meyer, etc...) dans le liquide de stase ou dans les fèces conservent bien entendu la même valeur que chez l'adulte.

E. — Signes radiologiques

L'examen radiologique possède une importance capitale et doit toujours venir vérifier et compléter l'examen clinique chez un enfant atteint de troubles gastriques chroniques, parce qu'il est seul capable, en l'absence de complications caractéristiques, d'apporter des signes *objectifs* d'ulcère.

Dans tous les cas d'affection gastrique chronique probable chez l'enfant, l'examen radioscopique, après ingestion de

bouillie barytée et complété par une radiographie doit donc toujours être pratiqué.

Nous ne décrirons pas les différents signes que l'on peut constater sous l'écran radioscopique : ce sont les mêmes que chez l'adulte. Comme chez l'adulte, il faudra étudier la forme et les dimensions de l'estomac, le péristaltisme et le mode d'évacuation gastrique et rechercher les signes propres à l'ulcère : *niche diverticulaire* et encoche spasmadique.

D'après nos observations, il ne nous a pas semblé que l'on ait trouvé fréquemment de signes vraiment caractéristiques d'ulcère : la niche diverticulaire n'a presque jamais été signalée chez l'enfant (une fois, par Martinez); la douleur à la pression nettement localisée sous l'écran est assez rare ; mais fréquemment de gros estomacs dilatés, avec évacuation retardée et présence de liquide de stase à jeun, ont conduit à un diagnostic de sténose pylorique et fait présumer d'une affection organique probable, entraînant ainsi l'intervention (obs. 42, de Michaelsonn ; obs. 46, de Weber, etc...).

Dans tous ces cas et dans bien d'autres encore, — même en l'absence d'image caractéristique — les signes radiologiques peuvent donc constituer un précieux adjuvant vis-à-vis des signes purement cliniques.

FORMES CLINIQUES ET EVOLUTION

I. — Ulcères aigus.

Les ulcères aigus de l'estomac chez l'enfant admettent deux formes cliniques principales :

— *la forme latente*, dans laquelle l'ulcère n'est qu'un épiphénomène au cours d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication, dont nous ne parlerons que pour mémoire, l'ulcère étant toujours une trouvaille d'autopsie ;

— *la forme hémorragique*, que l'on rencontre dans la presque totalité des cas, en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson.

La forme perforante d'emblée est beaucoup plus rare, ainsi que nous l'avons dit, et survient de préférence au cours de la seconde enfance.

II. — Ulcères chroniques.

Les formes complètes qui admettent les signes cardinaux de l'ulcère de l'adulte : douleurs, vomissements, hémorragies, évolution par poussées sont exceptionnelles. Les observations 8, de Verliac ; 38, de Lund ; 44, de Thorling ; 51, de Larget en offrent des exemples d'autant plus remarquables qu'ils sont plus rares.

Les formes incomplètes qui admettent seulement un ou deux des symptômes précédents, sont de beaucoup les plus fréquentes. Nous citerons par ordre de fréquence décroissante :

— la forme douloureuse et vomitive : observations 2, de Rufz ; 6, de Guntz; 33-34-35, de Cackovic ; 40, de Norrlin ; 41, de Proctor ; 42, de Michaelsonn ; 45-46, de Weber ; 48, de Robinson ; 52, de Loubat : c'est la forme que l'on rencontre le plus habituellement chez l'enfant ; elle est très souvent conditionnée par une sténose du pylore.

— la forme douloureuse pure : observaions 5, de Buzzard ; 11, d'Eross ; 24, de Bechtold ; 37, de Theile.

— la forme hémorragique et vomitive : observations 3, de Donné ; 43, de Nordgren.

— la forme hémorragique pure et la forme vomitive pure appartiennent plutôt aux ulcères aigus qu'aux ulcères chroniques.

Les formes perforantes d'emblée — soi-disant *latentes* — ont été assez souvent observées, peut-être parce que, perdant de vue la possibilité de l'ulcère gastrique chez l'enfant, on n'a pas prêté d'attention suffisante aux petits signes antérieurs d'ulcère : observations 14, de Colgan ; 15, d'O'Farrel ; 23, de Barber ; 25, de Watson-Cheyne.

Nous avons suffisamment insisté, en étudiant la symptomatologie de l'ulcère infantile, sur l'aspect spécial que conférait à certaines formes cliniques le retard de développement de certains sujets porteurs de cette affection pour ne point y revenir ici.

En somme, si l'on met à part certaines formes qui possèdent une individualité clinique incontestable, — la plupart des ulcères aigus et en particulier les formes hémorragiques du nouveau-né et du nourrisson, les formes avec retard de développement du grand enfant — on constate que c'est

beaucoup plus par son évolution que par sa symptomatologie que l'ulcus de l'enfant diffère de l'ulcus de l'adulte.

Les deux caractéristiques essentielles de l'évolution de l'ulcus du jeune sont :

1° La fréquence des manifestations à bas bruit qui donnent lieu à des formes frustes ou latentes, fait sur lequel a particulièrement insisté Lasnier ;

2° Surtout l'absence, dans la majorité des cas, de ces poussées évolutives périodiques séparées entre elles par des intervalles d'accalmie qui signent, pour ainsi dire, la nature de la maladie ulcéreuse chez l'adulte.

Encore les auteurs américains se sont-ils attachés, au cours de ces dernières années, à montrer, avec observations cliniques à l'appui, que dans bien des cas cette évolution par poussées pouvait être retrouvée à la faveur d'un interrogatoire serré et méthodique.

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Etant donné la rareté de la maladie et les difficultés que présente son diagnostic d'une part, la latence fréquente de son évolution d'autre part, il arrive très souvent que l'ulcère de l'estomac chez l'enfant ne soit reconnu qu'à la suite d'une complication.

Ces complications sont, dans l'ensemble, les mêmes que chez l'adulte.

1° *Perforations.*

La péritonite généralisée par perforation vient au premier rang par sa fréquence et sa gravité. Elle peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution d'un ulcère chronique ; elle constitue souvent l'épisode terminal d'un ulcère aigu. Elle se traduit par une douleur soudaine, extrêmement violente, de siège variable, bien que fréquemment épigastrique, et par une contracture très nette dans l'étage sus-ombical de l'abdomen. Le diagnostic habituellement porté est celui d'appendicite aiguë et l'erreur n'est redressée qu'à l'intervention.

Sur les 53 observations que nous rapportons, nous rencontrons 25 ulcères perforés, soit près de la moitié des cas totaux.

Faut-il en conclure que le jeune ulcéreux est plus exposé que l'adulte à la perforation ? Il nous est impossible de l'affirmer sur ces données, puisque, nous en tenant strictement aux cas vérifiés à l'intervention ou à la nécropsie, nous avons de

ce fait éliminé un grand nombre de cas diagnostiqués et traités médicalement, dont l'entrée en ligne de compte modifierait nos statistiques.

2° *Hémorragies.*

La gastrorragie importante, grave par son abondance ou par sa répétition, sous forme d'hémorragie intestinale ou d'hématémèse, se rencontre également dans un grand nombre de cas. Elle est presque de règle dans les ulcères aigus et nous la retrouvons dans un tiers des ulcères chroniques. Les hémorragies foudroyantes paraissent plus fréquentes que chez l'adulte.

3° *Sténoses organiques.*

Les sténoses organiques sont fréquentes, en particulier la sténose pylorique que nous avons rencontrée dans seize observations. La sténose médio-gastrique avec présence d'estomac en sablier est beaucoup plus rare. Ces formes sténosantes évoluent comme les formes correspondantes de l'adulte, avec douleurs et vomissements tardifs.

Quelle que soit leur localisation, ces rétrécissements paraissent être dûs beaucoup plus souvent à la cicatrisation même de l'ulcère — fréquemment multiple chez l'enfant — qu'aux adhérences périgastriques.

4° *Ulcères peptiques post-opératoires.*

Trois cas d'ulcères peptiques post-opératoires du jéjunum ont été signalés dans la littérature.

Tiegel (Obs. 26) rapporte le cas d'un nourrisson de 2 mois qui fut opéré pour sténose hypertrophique congénitale du pylore et mourut trois mois après d'un ulcère peptique perforé du jéjunum.

Michaelsonn rapporte deux cas :

- un cas dû à Thorling et Nyström (obs. 44) : une fille fut

opérée à l'âge de 11 ans d'ulcère sténosant du pylore. Sept ans après, elle mourut d'un ulcus peptique perforé situé au niveau de la bouche de gastro-entérostomie.

— Un cas personnel (obs. 42) : une fille de 14 ans, opérée pour ulcère sténosant du pylore, présenta 4 ans après un ulcère peptique au niveau de la bouche de gastro-entérostomie et dut subir une nouvelle intervention.

5° *Dégénérescence cancéreuse.*

La dégénérescence cancéreuse d'un ulcère gastrique n'a jamais été observée dans l'enfance.

DIAGNOSTIC

I. — Des ulcères aigus.

Les ulcères aigus du nouveau-né ou du nourrisson dans le premier mois de la vie, qui se traduisent par un syndrome caractérisé par des vomissements sanglants, du melaena, des phénomènes d'excitation nerveuse, un collapsus rapide sont d'un intérêt à peu près nul au point de vue de leur diagnostic, puisqu'il s'agit d'accidents placés au-dessus des ressources de la thérapeutique et qui évoluent très vite vers la mort.

Les ulcères aigus secondaires à des infections ou à des intoxications ne présentent guère plus d'intérêt clinique, car ils sont noyés dans la symptomatologie de la maladie initiale et leur diagnostic est de ce fait pratiquement impossible.

Les ulcères perforants du type de celui de notre observation n° 53 se présentent comme une appendicite perforante et l'erreur de diagnostic a été commise dans tous les cas.

II. — Des ulcères chroniques.

Les formes qui admettent les symptômes cardinaux de la maladie de Cruveilhier sont assez facilement reconnues.

Mais il ne faut pas oublier que l'ulcère chronique de l'estomac chez l'enfant se présente généralement, comme nous l'avons dit, avec un cortège de symptômes frustes ou atté-

nués. En l'absence de toute complication, il est donc d'un diagnostic délicat. De plus, c'est une affection relativement rare : c'est en définitive cette rareté même qui apporte le plus d'entraves à l'établissement d'un diagnostic positif. En effet, alors que chez l'adulte, en présence des mêmes formes frustes, le clinicien envisagerait toujours l'hypothèse d'un ulcus, chez l'enfant il arrive dans bien des cas qu'il perde de vue la possibilité de son existence, et l'ulcère est méconnu jusqu'à ce qu'une complication caractéristique survienne.

Nous avons étudié d'autre part la symptomatologie de l'ulcus infantile dans son ensemble et insisté sur les signes que l'on retrouvait le plus fréquemment. Nous répétons ici toute l'importance qu'il faut attacher à l'étude méthodique de la douleur : horaire, siège, irradiations, intensité, durée, et à l'évolution périodique des troubles dyspeptiques avec de longs intervalles de bonne santé apparente. L'hématémèse est un signe de très grande valeur, surtout en l'absence de maladie infectieuse ou de syndrome hémorragique tel que hémophilie ou purpura chronique.

Enfin, dans tous les cas et surtout lorsque les symptômes son mal caractérisés, l'examen chimique du suc gastrique, la recherche des hémorragies occultes et surtout l'examen radioscopique du tractus digestif pourront apporter des arguments toujours intéressants, quelquefois décisifs en faveur d'un ulcus.

Au début, on pensera presque toujours à *des troubles dyspeptiques banaux* : il faut se rappeler que les dyspepsies de la seconde enfance s'observent surtout chez des sujets qui ont souffert d'une alimentation mal réglée ou défectueuse ; leur évolution ne se fait pas par poussées.

Les vomissements cycliques de l'enfance peuvent créer une erreur de diagnostic importante : les malades qui en sont atteints possèdent une haleine d'odeur caractéristique. La réaction de Legal, en décelant la présence d'acéton dans les urines, tranchera le diagnostic.

L'appendicite chronique, affection fréquente, se traduit

souvent par des troubles dyspeptiques. Mais le point de Mac Burney est douloureux dans la fosse iliaque droite, de petites poussées fébriles surviennent de temps à autre, qui manquent dans l'ulcère.

La recherche des parasites intestinaux permet d'éliminer l'*helminthiase.*

L'ulcère hérédo-syphilitique ne sera que difficilement différencié de l'ulcus simple chronique : le traitement d'épreuve anti-syphilitique jouera le plus grand rôle.

Les ulcères perforés avec péritonite généralisée seront facilement rapportés à leur cause s'il existait avant la perforation des signes dyspeptiques nets, sinon on opèrera en pensant à une perforation d'origine appendiculaire. Qu'importe, puisque le diagnostic d'intervention immédiate, qui seul peut sauver le malade, aura été posé.

TRAITEMENT

La question du traitement de l'ulcère de l'estomac chez l'enfant se pose de façon différente suivant que l'on envisage les formes aiguës ou les formes chroniques. Nous les étudierons séparément.

I. — Ulcères aigus.

D'une manière générale, on peut dire que les ulcères aigus sont placés au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale.

1° Parce qu'ils se manifestent d'emblée par des symptômes extrêmement graves qui mettent très vite le malade dans des conditions d'inopérabilité manifeste ;

2° Parce qu'il s'agit, dans la presque totalité des cas, de très jeunes enfants dont la résistance au choc est minime. Nous n'envisagerons pas, bien entendu, les formes latentes, secondaires, dans lesquelles l'ulcère gastrique n'est qu'une trouvaille d'autopsie.

Les formes hémorragiques du nouveau-né et du nourrisson qui ont pour substratum anatomo-pathologique des lésions multiples à évolution foudroyante sont absolument inopérables, Seules, certaines formes perforantes d'emblée de la seconde enfance — qui sont absolument exceptionnelles —

nous paraissent justiciables de l'intervention chirurgicale. (obs. inédite 53, de Lafargue).

II. — Ulcères chroniques.

Le traitement de l'ulcère chronique chez l'enfant est, dans l'ensemble, le même que chez l'adulte : il est essentiellement chirurgical.

Le traitement médical a pu, dans certains cas, amener la guérison ou donner lieu à des améliorations de plus ou moins longue durée : Wertheimber, Caldi, Cutler, Lasnier ont publié à ce sujet plusieurs observations personnelles.

Sauf dans les cas où il existe des contre-indications manifestes, telles que sténose serrée du pylore ou hémorragies répétées et, bien entendu, perforation, il peut toujours être tenté, mais sa réponse doit être prompte et on doit savoir ne pas s'y attarder.

« Malgré le pouvoir rapide de réparation des tissus chez l'enfant, a dit Theile, la guérison ne doit pas être escomptée. »

L'observation 32, de Lund, rapportée plus haut, constitue, à ce sujet, un exemple saisissant.

Le traitement chirurgical est indiqué dans tous les cas d'ulcère chronique (Weber). Les opérations les plus simples sont les meilleures (Proctor). Etant donné qu'il s'agit dans la majorité des cas d'ulcères de la région pylorique s'accompagnant de sténose, l'excision de l'ulcère est rarement indiquée et le procédé de choix est la gastro-entérostomie — en général gastro-entérostomie transmésocolique postérieure — toujours aisément praticable chez l'enfant.

Dans certains cas, l'exclusion pylorique ou la pyloroplastie ont donné de bons résultats (Larget). Le pouvoir de résistance au choc semble bon chez l'enfant et la rapidité et la vigueur du processus de réparation contribuent à améliorer le pro-

nostic : Theile par exemple (obs. 36) rapporte le cas d'un enfant de 2 ans, porteur d'un vaste ulcère calleux, chez lequel de Quervain fit la résection du bout pylorique de l'estomac avec guérison.

Le pronostic opératoire est différent suivant que l'on considère les cas opérés « à froid » ou les cas opérés d'urgence pour complication grave : hémorragie importante ou surtout perforation.

Sur les 53 cas que nous rapportons, l'intervention chirurgicale a été tentée 24 fois.

Sur 9 malades opérés d'urgence après perforation, nous avons compté 7 guérisons, soit 22,2 p. 100 de mortalité.

Sur 15 malades opérés « à froid », c'est-à-dire en dehors de toute complication grave, nous avons compté 15 guérisons, soit 0 p. 100 de mortalité. L'intervention pratiquée avait été 13 fois la gastro-entérostomie transmésocolique postérieure, 1 fois la gastro-entérostomie antérieure, 1 fois la pylorectomie.

Ces chiffres, qui nous montrent l'excellence du pronostic, sont en contradiction avec ceux de Theile qui pense que la mortalité opératoire est élevée quelle que soit l'intervention : encore faut-il remarquer que la plupart des observations qu'il rapporte sont des cas d'ulcères opérés après complication grave.

La complication post-opératoire la plus redoutable est la broncho-pneumonie, surtout en milieu hospitalier.

Nous avons déjà signalé la possibilité d'ulcus peptiques post-opératoires ; ils sont rares : 3 cas sur 53 observations, soit : 5,60 p. 100. Leur pronostic est très grave, puisque 2 fois sur 3 la terminaison a été fatale.

plus fréquentes que chez l'adulte ; certaines formes avec retard marqué dans le développement sont caractéristiques.

VII. — Les complications : hémorragies graves, perforation, ulcus peptique post-opératoire sont les mêmes que chez l'adulte.

VIII. — Les ulcères aigus sont presque toujours au-dessus des ressources de la thérapeutique ; les ulcères chroniques doivent bénéficier de la même thérapeutique chirurgicale que les ulcères chroniques ordinaires de l'adulte.

Vu, Bon a imprimer :
LE Président,
Dr ROCHER.

Vu :
Le Doyen,
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
J. GUYOT.

Vu et Permis d'Imprimer :
Bordeaux, le 13 mars 1934.
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
Luc PICART.

BIBLIOGRAPHIE

Adler (H.). — Gastric ulcer in Childhood. *Am. J. of Med. Sc.*, 1907, CXXXIII, 135-141.

Barber (C.-F.). — A case of multiple ulcers of the stomach in a child ; sudden death. *Brocklyn M. J.*, 1902, XVI, 519.

Barlow (T.). — Ulcus of stomach in a child the subject of general tuberculosis. *Trans. Path. Soc.*, Lond., 1887, XXXVIII, 141.

Bechtold (C.). — Ein Fall von chronische perforirendem Magengeschwüre im Kindesalter. *Jahrb. f. Kinderh.*, Berl., 1904, LX, 347-357.

Billard (C.). — Traité des Maladies des Enfants, Paris, 1828, 325.

Binz. — Perforirendes Magengeschwür beim Neugeborenen. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 10 april 1865, II, xv, 148-164.

Bisset (A.-G.). — A case of perforated gastric ulcer with fatal haemorrhage from the bowel in an infant 45 hours old. *The Lancet*, Lond., 8 july 1905, II, 78.

Bowes (L.-M.). — Gastric ulcer in Childhood. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1910, LXI, 534-540.

Butka (H.-E.). — Ruptured gastric ulcer in infancy ; report of case. *J. Am. Med. Ass.*, July 1927, LXXXIX, 198.

Buzzard (T.). — Stomach of a girl nine years old perforated by an ulcer. *Trans. Path. Soc.*, Lond., 1861, XII, 84.

Cackovic (v. M.). — Ueber das ulcus ventriculi im Kindesalter und seine folgen. *Archiv. f. Klin. Chir.*, Berl., 1912, XCII, 301-314.

Cade (A.). — L'ulcère rond chez l'enfant ; un cas d'ulcère rond de l'estomac avec perforation chez un enfant de 2 mois. *Rev. mens. mal. enfance*, févr. 1898, XVI, 58.

Caldi (F.). — Contributo alla casistica dell'ulcera rotonda dello stomaco nei bambini. *Gazz. d. osp.*, Milano, 6 dic. 1892, XIII, 1346-1348.

Carro (S.). — Ulcera gastrica cronica en nina de nueve anos. *Med. Ibera*, 1922, XVI, 229.

Carteaux. — Observation d'ulcérations de l'estomac chez un fœtus à terme. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Paris, janv. 1857, IV, 20.

Cautley (E.). — A case of gastric ulcer. *Rep. Soc. Study Dis. Child.*, Lond., 1906, VI, 224-227.

Ceballo. — Ulcera de estomago en una nina de ocho anos. *Semana med.*, Buenos-Ayres, 1925, XXXII, I, 1195.

Chvostek. — Ein Fall von Ulcus ventriculi rotundum chron. bei einem Knaben. *Arch. f. Kinderh.*, Stugg., 1881-2, III, 267-274.

Clairmont (P.). — Bericht ueber 258 von Prof. v. Eiselsberg ausgefuerhrte Magenoperationen. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berl., 1905, LXXVI, 180-322.

Cocks (G.-H.). — Fatal haemorrhage from ulcer of the stomach in the new-born infant. *Brooklyn M. J.*, 1891, V. 551.

Colgan. — Gastric ulcer in a child two and half years old. *Med. News*, Phila., 8 Oct. 1892, LXI, 408.

Cornacchione (C.). — Rarissimo se non unico caso di ulcera rotonda della stomaco in bambina di anni 4 e mesi 2. *Rassegna di clin. e terap.*, Roma, 1910, XXXIII.

Cutler (E.-G.). — Gastric ulcer in children. *Boston M. and Surg. J.* 6 Oct. 1904, II, XIV, 367-372; 13 Oct. 1904, II, XV, 402-406.

Donné. — in :

Rilliet et Barthez. — Traité pratique et clinique des Maladies de l'Enfance, I, 883.

Duckett (A.-H.). — Perforated gastric ulcer in a child aged 11 months. *Brit. M. J.*, Lond., 1913, I, 1273.

Eröss (G.). — Ulcus rotundum perforans ventriculi. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1882, XXVI, 1337-1341.

O' Farrel (J.). — Sudden death of a boy from convulsions following rupture of the stomach. *The Lancet*, Lond., 19 may 1894, I, 1243.

Fenwick (W.-S.). — Ulcer of the stomach in children. *Internat. Clin.*, Phila., july 1897, VII, II, 165-177.

Goodhart (J.-F.). — Perforating ulcer of the stomach leading to fatal haematemesis thirty hours after birth. *Trans. Path. Soc.*, Lond., 1881, XXXII, 79.

Gordon (O.-A.). — Ulcer of the stomach in child of 12 years : gastroenterostomy. *Long Island M. J.*, Brooklyn, 1919, XIII, 152.

Guntz (W.). — Perforirendes Magengeschwüre bei einem 5 jahrigen Knaben. *Jahrb. f. Kinderh.*, Leipz., 1902, LVI, 657.

Helmholz (H.-J.-F.). — Ueber Duodenalgeschwüre bei der Padatrophie. *Deutsche Med. Wchnschr.*, 25 mars 1909.

Hibbard (C.-M.). — A case of gastric ulcer in a child four months old. *Boston M. and Surg. J.*, 19 aug. 1897. CXXXVII, 177.

Holt (L.-E.). — The diseases of infancy and childhood, Lond., 1907, 349 et 862.

Huber (A.). — Ueber die Hereditaet beim ulcus ventriculi. *München. Med. Wchnschr.*, 1907, I, 204.

Imerwol (V.). — Ueber das urâmische Magengeschwür im Kindesalter. *Arch. f. Kinderh.*, Stug., 1906, XLIII, 321-328.

Jacobi (A.). — Gastric ulcer in the young. *New-York Med., J.*, 1909, XC, 837.

Johnson (W.-L.). — First report on a case of chronic gastric ulcer in childhood. *Med. Council*, Phila., 1899, IV, 345-347.

Koehler (G.-F.). — A case of acute gastric ulcer of the anterior wall in a boy 13 years of age. *Northwest Med.*, Seattle, 1915, VII, 259.

Larget (M.), Lamare (J.-P) et Weyl (R.). — Ulcère de l'estomac chez l'enfant. *Bull. Méd.*, 26 nov. 1932, XLVIII, 825.

Lasnier (A.). — L'ulcère simple chronique de l'estomac chez l'enfant. *Th.* Paris, 1908-09.

Leary (T.-G.). — Gastric ulcer in a child. *Intercol. M. J. Australas.*, Melb., 1907, XII, 268.

Leith (R.-F.-C.). — Empyema as a result of a perforating ulcer of the stomach with discussion of a case in a girl of ten. *Internat. Clin.*, Phila., 1895. IV, iv, 49-64.

Lockwood (C.-D.). — Ulcer of the stomach in children before puberty. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1914, XIX, 462-467.

Loeber (M.). — Gastric ulcer in a girl three years old. *Arch. Pediatr.*, N. Y., sept. 1929, 578-583.

Lund (F.-B.). — Gastric ulcer. Subacute perforation in a boy of eight years. *Boston Med. and Surg. J.*, 23 dec. 1909. CLXI, 930.

Martinez (E.). — Ulceras de Estomago en los Ninos. *Clin. y Lab.*, Zaragoza, Sept. 1925, VI, 239-242.

Mathieu (A.). — Etudes sur la pathologie de l'ulcus ; l'ulcus chez les jeunes. *Gaz. hôp.*, 3 février 1914, XIV, 213-217.

Mayo-Robson (A.-W.) et Moynihan (B.-G.). — Diseases of the stomach, 1904.

Michaelsonn (E.). — Falle von Ulkus peptic. postop-jejuni bei Kindern nebst einem Beitrag zur Frage des Ulkus im Kindesalter. *Acta chir. scand.*, Stockh., 1925, LIX, ii, 139-170.

Mondor (H.). — Ulcères perforés des enfants. *Diagnostics urgents. Abdomen.* Masson, Paris, 1933, 259-267.

Norrlin (L.). — Quelques réflexions à propos d'un cas de perforation dans le péritoine libre d'un ulcère calleux de l'estomac chez une fillette de 7 ans. *Acta chir. Scand.*, Stockh., 1923, LVI, iv, 309.

Parkinson, (J.-P.). — Perforating gastric ulcer in a young child. *Rep. Soc. Study Dis. Child.*, Lond., 1900-01, I, 143-145.

Parmentier (E.) et Lasnier (A.). — Ulcère simple chronique de l'estomac chez l'enfant. *Bull. et Mém. Soc. Méd. hôp.*, Paris, 1908, III, xxv, 812-831.

Paterson (G.-K.). Ruptured gastric ulcer in a boy aged 12 years. *The Scot. Med. and Surg. J.*, Edinb., 1906, XIX, III, 228.

Perkel (Olga). — Ueber das ulcus ventriculi und Duodenalgeschwüre bei Kindern, Zurich, 1904.

Perman (E.). — Untersuchungen über die Histologie und die Heilungsverhaltnisse des Magen und Duodenalgeschwüre. *Acta chir. Scand.*, Stockh, 1922, LV, iii, 286-312.

Proctor (O.-S.). — Chronic peptic ulcer in children. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1925, L, 63-70.

Reimer (J.). — Casuistische und pathologisch-anatomische Mittheilungen. *Jahrh. f. Kinderh.*, Leipz., 1876, X, 289.

Robinson (J.-A.). — Ulcer of the stomach with contractions in a boy aged 14 years. *Internat. Clin.*, Phila., 1905, III, 119.

Robinson (V.-P.). — Perforation of a gastric ulcer in a boy of 12. *The Lancet*, Lond., 1927, II, 600.

Rokitansky (C.). — Ueber das perforidende Magenschwür. *Med. Jarhrb. d. k. k. österr. Staates*, Wien, 1839, XXVII, 184-214.

Rufz (E.). — Perforations spontanées des intestins. *Gaz. méd.*, Paris, 1843, II, xi, 673.

Johnson (W.-L.). — First report on a case of chronic gastric ulcer in childhood. *Med. Council*, Phila., 1899, IV, 345-347.

Koehler (G.-F.). — A case of acute gastric ulcer of the anterior wall in a boy 13 years of age. *Northwest Med.*, Seattle, 1915, VII, 259.

Larget (M.), Lamari (J.-P) et Weyl (R.). — Ulcère de l'estomac chez l'enfant. *Bull. Méd.*, 26 nov. 1932, XLVIII, 825.

Lasnier (A.). — L'ulcère simple chronique de l'estomac chez l'enfant. *Th.* Paris, 1908-09.

Leary (T.-G.). — Gastric ulcer in a child. *Intercol. M. J. Australas.*, Melb., 1907, XII, 268.

Leith (R.-F.-C.). — Empyema as a result of a perforating ulcer of the stomach with discussion of a case in a girl of ten. *Internat. Clin.*, Phila., 1895. IV, iv, 49-64.

Lockwood (C.-D.). — Ulcer of the stomach in children before puberty. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1914, XIX, 462-467.

Loeber (M.). — Gastric ulcer in a girl three years old. *Arch. Pediatr.*, N. Y., sept. 1929, 578-583.

Lund (F.-B.). — Gastric ulcer. Subacute perforation in a boy of eight years. *Boston Med. and Surg. J.*, 23 dec. 1909. CLXI, 930.

Martinez (E.). — Ulceras de Estomago en los Ninos. *Clin. y Lab.*, Zaragoza, Sept. 1925, VI, 239-242.

Mathieu (A.). — Etudes sur la pathologie de l'ulcus ; l'ulcus chez les jeunes. *Gaz. hôp.*, 3 février 1914, XIV, 213-217.

Mayo-Robson (A.-W.) et Moynihan (B.-G.). — Diseases of the stomach, 1904.

Michaelsonn (E.). — Falle von Ulkus peptic. postop-jejuni bei Kindern nebst einem Beitrag zur Frage des Ulkus im Kindesalter. *Acta chir. scand.*, Stockh., 1925, LIX, ii, 139-170.

Mondor (H.). — Ulcères perforés des enfants. *Diagnostics urgents. Abdomen.* Masson, Paris, 1933, 259-267.

Norrlin (L.). — Quelques réflexions à propos d'un cas de perforation dans le péritoine libre d'un ulcère calleux de l'estomac chez une fillette de 7 ans. *Acta chir. Scand.*, Stockh., 1923, LVI, iv, 309.

Parkinson, (J.-P.). — Perforating gastric ulcer in a young child. *Rep. Soc. Study Dis. Child.*, Lond., 1900-01, I, 143-145.

Parmentier (E.) et Lasnier (A.). — Ulcère simple chronique de l'estomac chez l'enfant. *Bull. et Mém. Soc. Méd. hôp.*, Paris, 1908, III, xxv, 812-831.

Paterson (G.-K.). Ruptured gastric ulcer in a boy aged 12 years. *The Scot. Med. and Surg. J.*, Edinb., 1906, XIX. III, 228.

Perkel (Olga). — Ueber das ulcus ventriculi und Duodenalgeschwüre bei Kindern, Zurich, 1904.

Perman (E.). — Untersuchungen über die Histologie und die Heilungsverhaltnisse des Magen und Duodenalgeschwüre. *Acta chir. Scand.*, Stockh, 1922, LV, iii, 286-312.

Proctor (O.-S.). — Chronic peptic ulcer in children. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1925, L, 63-70.

Reimer (J.). — Casuistische und pathologisch-anatomische Mittheilungen. *Jahrh. f. Kinderh.*, Leipz., 1876, X, 289.

Robinson (J.-A.). — Ulcer of the stomach with contractions in a boy aged 14 years. *Internat. Clin.*, Phila., 1905, III, 119.

Robinson (V.-P.). — Perforation of a gastric ulcer in a boy of 12. *The Lancet*, Lond., 1927, II, 600.

Rokitansky (C.). — Ueber das perforidende Magenschwür. *Med. Jarhrb. d. k. k. österr. Staates*, Wien, 1839, XXVII. 184-214.

Rufz (E.). — Perforations spontanées des intestins. *Gaz. méd.*, Paris, 1843, II, xi, 673.

Sanjck (J.). — Magengeschwüre im Kindesalter. *Lijunicki Vigesnik*, 1920, XLII, 233.

Schwaab et Lebourlier. — Ulcère de l'estomac chez un nouveau-né extrait par opération césarienne. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, déc. 1928, XVII, 923.

Shannon, (R.-M.). — A case of ulcer of stomach in an infant of six months probably syphilitic. *Ohio M. J.*, Columbus, 1909, V, 216.

Shore (B.-R.). — Acute ulcerations of stomach in children. *Ann. Surg.*, aug. 1930, XCII, 234-240.

Sokoloff (V.-I.). — Kruglaya yazva sheludka u dietei. *Russk. Vrach.*, S.-Peterb., 1910, IX, 44-47.

Still (G.-F.). — Tubercular ulcer of the stomach in children. *Trans. Path. Soc.*, Lond., 1898-9, L, 76-83.

Stowell (W.-L.). — Gastric ulcer in children. *Med. Rec.*, N. Y., 1905, LXVIII, 52-54.

Sturtevant (M.) et Shapiro (L.). — Gastric and duodenal ulcer. *Archiv. Internal. Méd.*, july 1926, XXXVIII, 41.

Theile (v. P.). — Ueber Geschwürsbildungen des gastroduodenal tractus im Kindesalter. *Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh.*, Berl., 1918, XVI, 302-383.

— Beitrag zur Kenntnis der Geschwursbildungen des Magen und Duodenum im Kindesalter. *Deutsche Ztschr. f. Chir.*, Leipz., juli 1919, CL, 275-286.

Tiegel. — Magengeschwüre im Kindesalter. *Mitteil. aus d. Grenzgeb.*, 1904, 897.

Tweed (M.-B.). — A case of perforated gastric ulcer in a girl of 15. *Guy's Hospital Gaz.*, Lond., 1915, XXIX, 282.

Verliac (J.). — Ulcères simples cicatrisés chez un enfant. Hypertrophie générale des parois et rétrécissement pylorique. Rupture de l'organe. Mort. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1865, 62.

WATSON-CHEYNE (W.) et WILBE (H.). — A case of perforated gastric ulcer in a boy aged thirteen years ; diseased appendix ; operation ; recorery. *The Lancet*, Lond., 11 june 1904, II, 1641.

WEBER (M.). — Zur Kasuistik des Ulcus ventriculi im Kindesalter. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berl., 1925, CXXXVII, 731-734.

WERTHEIMBER (A.). — Falle von ulcus ventriculi simplex. *Jahrb. f. Kinderh.*, Leipz., 1882, XIX, 79.

Imprimerie Brusau Frères, 143, rue d'Arès, Bordeaux